Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7id13293050

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

BULLETIN

DE LA

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

N° 3.

Poitiers,

DE L'IMPRIMERIE DE F.-A. SAURIN.

1839.

WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE

BULLETIN

DE

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

DE POITIERS.

Du pessaire à ballon. — Par M. Levieil de la Marsonnière, d.-m. à Poitiers.

De tout temps les médecins ont cherché, sinon à guérir la chute de l'utérus, du moins à rendre cette affection moins insupportable, moins dangereuse. De nombreux moyens mécaniques ont été imaginés pour retenir cet organe dans sa situation naturelle. Le choix de la matière et la forme des pessaires ont été variés à l'infini ; l'art a eu peu de bonheur dans ses essais. On place à demeure, en contact continuel avec des parties sensibles et irritables, des instruments à surfaces plus ou moins polies, mais toujours fermes et résistantes. Ils doivent rester fixés, tandis que les parties qu'ils soutiennent reçoivent des moindres mouvements, des moindres inclinaisons du corps, une impulsion qui fait changer leurs rapports avec le pessaire, d'où résultent des chocs et des frottements qui ne peuvent qu'irriter et même souvent blesser des parties si délicates. Les plus graves inconvénients ont été signalés par ceux-là même qui ont

préconisé l'usage des pessaires. Tels sont : la difficulté de l'introduction, souvent si douloureuse que des praticiens très-exercés ont parfois été obligés d'y renoncer, et la difficulté de l'extraction, qui est devenue telle qu'il a fallu arracher par morceaux ou laisser séjourner indéfiniment un instrument qui bientôt s'incruste du dépôt âcre et irritant opéré par la décomposition des sécrétions du vagin, et peut, dès lors, occasionner des inflammations violentes, des végétations vaginales, l'étranglement du col de l'utérus à travers l'ouverture du pessaire, une compression sur la vessie et le rectum, la dysurie, la constipation, et même des perforations jusque dans ces deux derniers organes, etc.

On a cherché à prévenir ces résultats par la forme des pessaires à bilboquet, ou de ceux appelés élythroïdes par M. Jules Cloquet. Les premiers sont faciles à introduire et à extraire. Ils ont été perfectionnés surtout par M. Recamier, qui y a adapté une tige à ressort en boudin, dont l'élasticité, en décomposant les mouvements imprimés réciproquement par l'instrument et par les organes, a l'avantage de diminuer les chocs et les sensations qui pourraient en être l'effet. Mais pour le fixer en place, il faut presque constamment les retenir à l'aide d'un lien adapté à la tige, et attaché à une ceinture dont tous les mouvements sont nécessairement répétés par cet instrument. Enfin, les pessaires élythroïdes réunissent une combinaison et une correction ingénieuses de ceux en bondon et à bilboquet ; mais leur séjour et leur extraction peuvent encore présenter des inconvénients et des difficultés.

Toutes ces considérations me firent penser qu'il serait à désirer qu'on pût imaginer un pessaire toujours facile

à placer et à retirer, qui n'offrirait qu'un corps léger, doux et flexible dans tous les sens, pouvant s'accommoder aux formes et aux mouvements des parties qui seraient soumises à son contact, sans cependant cesser d'opposer une résistance efficace à la descente de ces mêmes organes. Je songeai au parti qu'on pourrait tirer, dans ce but, d'une petite vessie qu'on remplirait d'air et viderait à volonté. Appelé en consultation, avec notre collègue M. Gaillard, près d'une jeune dame d'une constitution très-irritable, et présentant une rétroversion telle de l'utérus, que le col de cet organe venait s'arc-bouter derrière le pubis, je fis part de cette idée à mon confrère qui l'approuva, et nous convînmes qu'un moyen de cette nature serait tenté pour la malade. Une vessie ordinaire d'un animal aurait présenté bien peu de solidité, et d'ailleurs aurait été exposée à se putréfier avec une grande promptitude. Nous donnâmes la préférence à la gomme élastique, et M. Gaillard se chargea de faire confectionner un petit tube en argent et se fermant à l'aide d'une clef comme un robinet, auquel serait adapté un petit ballon de gomme élastique. Ce premier essai n'eut point de succès, la substance employée n'ayant pas les qualités convenables, et la malade, d'ailleurs fort difficile et fort impatiente, ne voulant plus se soumettre à cette épreuve.

Quelque temps après, j'appelai en consultation notre collègue M. Barrilleau près d'une dame âgée au moins de 55 ans et affectée, par suite de couches depuis un grand nombre d'années, d'une descente de la matrice dans laquelle le corps de cet organe, se précipitant en avant et en bas, poussait devant lui la paroi antérieure du vagin, et donnait lieu à une tumeur oblongue qui

dépassait de beaucoup les grandes lèvres, était formée en avant par le vagin, et présentait en arrière l'orifice du col. Au lit, la malade pouvait faire rentrer elle-même cette tumeur, qui ne sortait que quand elle était debout et qu'elle avait marché. A mesure que la tumeur se prononçait, l'orifice du col utérin tendait à se rapprocher de l'axe du vagin, et devenait par conséquent plus visible. On conçoit l'excessive incommodité qu'éprouvait cette dame soit pour s'asseoir, soit pour marcher. Aussi avait-elle eu recours aux moyens mécaniques connus pour maintenir les organes rentrés. Elle avait usé de toutes les espèces de pessaires, et on peut dire qu'elle en possédait un arsenal; mais aucun ne lui avait réussi. Tous la blessaient plus ou moins, et elle était surtout obligée d'y renoncer et de se borner à l'usage d'une simple éponge, depuis qu'une perte de sang arrivée longtemps après la cessation des règles était venue compliquer son état. C'est alors qu'elle réclama nos soins. Le docteur Barrilleau et moi nous examinâmes avec attention l'état des organes qui formaient la tumeur. Le col utérin n'était plus distinct de la partie inférieure du corps, tant son volume était augmenté. Son tissu était épais, comme spongieux. Son orifice, qui le faisait seul reconnaître, était dilaté, béant, au point de pouvoir permettre l'introduction du bout du petit doigt. Ses bords étaient mollasses, d'un rouge violacé, brunâtre, et recouvert d'un mucus sanguinolent. Autour de cet orifice, et surtout aux parties antérieure et postérieure, se montraient des plaques larges de cinq à six lignes d'un rouge foncé, présentant le tissu muqueux boursouflé, comme fougueux par suite de l'érosion de l'épithélium. Le plus léger contact rendait leurs surfaces saignantes. Cepen-

dant la sensibilité de ces parties était peu vive, et n'était pas en rapport avec le gonflement et l'altération des tissus. Cet état nous parut être l'effet prolongé du froissement produit soit par les vêtements, soit par les pessaires longtemps mis en usage. Nous jugeâmes d'abord nécessaire d'avoir recours à la cautérisation, que nous pratiquâmes à l'aide du nitrate acide de mercure. Puis nous fîmes rentrer la matrice dans sa situation naturelle, et nous prescrivîmes à la malade de garder le lit jusqu'à ce que nous eussions fait confectionner un nouveau pessaire, d'après les vues que j'avais communiquées à mon confrère M. Barrilleau, et qu'il avait adoptées. En conséquence, nous fîmes d'abord fabriquer en argent une tige cylindrique, droite, creuse, longue de trois pouces, et d'un diamètre de deux lignes et demie, armée comme un robinet d'une clef tournante. Cette tige avait été faite sur le modèle de celle qu'avait fait déjà construire M. Gaillard. A cette tige nous fîmes adapter bien hermétiquement une petite poire de gomme élastique à parois excessivement amincies et assouplies, et formant une vessie ou plutôt un petit ballon qu'on pouvait remplir d'air à volonté. Notre collègue M. Grimaud a bien voulu se charger d'adapter lui-même les petits ballons de caoutchouc. Il était parvenu depuis longtemps à perfectionner les procédés employés pour dissoudre cette substance, et lui donner un amincissement extrême, une élasticité et une souplesse infinies.

C'est ainsi que nous sommes arrivés à obtenir chez la malade déjà citée un succès aussi complet que possible. Les premiers essais, toujours marqués par quelques défectuosités, nous ont successivement éclairés sur les perfectionnements à apporter dans notre procédé. Ainsi

le premier ballon était trop mince dans un point et se perça au bout de quelques jours. Une autre fois l'air pénétra entre la tige et le col du ballon. La tige droite gênait la malade, quand surtout elle voulait s'asseoir. Nous remédiâmes à ces inconvénients en faisant augmenter de plusieurs lignes, en manière de renflement, le diamètre de la tige vers l'extrémité correspondante à la gomme élastique. Enfin, comme il est juste de rendre à chacun ce qui lui appartient, je dois dire que ce fut le mari de cette dame qui indiqua lui-même à l'orfévre le degré de courbure qu'il fallut donner à la tige. Maintenant nous croyons pouvoir vous présenter l'instrument comme arrivé au degré d'amélioration qui peut assurer son utilité. Voici comment nous le plaçons, M. Barrilleau et moi : la malade située convenablement, nous repoussons avec les doigts les organes déplacés. Nous faisons sortir l'air contenu dans le ballon en comprimant celui-ci que nous avons d'abord réchauffé et graissé d'huile d'olive ou de cérat ; nous plions ses parois de manière à en diminuer beaucoup le volume. Nous l'introduisons en tournant la concavité du pli du ballon en bas et la concavité de la courbure de la tige en haut. La clef du robinet répond à cette concavité. Nous faisons pénétrer de l'air dans le ballon par l'extrémité libre de la tige, soit par insufflation à l'aide d'une grande sonde de gomme élastique, soit en y adaptant et en comprimant une autre petite vessie armée d'une canule avec laquelle on fait ainsi passer l'air d'un ballon dans l'autre, ce qu'une malade elle-même peut faire seule avec une grande facilité. Nous fermons aussitôt la clef du robinet. Nous nous assurons avec le doigt indicateur du degré de gonflement du ballon, et, s'il est suffisant

pour l'empêcher de franchir l'ouverture du vagin, nous l'abandonnons à lui-même, et la malade peut de suite marcher et se livrer à ses habitudes d'exercice sans en éprouver ni gêne ni incommodité. On conçoit en effet que le col de l'utérus, repoussé et replacé à sa hauteur ordinaire, se trouve alors reposer mollement sur un corps souple, flexible, et qui se prête parfaitement, sans choc, sans secousse aucune, à toutes les directions imprimées à l'organe par les divers mouvements même les plus brusques du corps, sans cependant cesser un seul instant de s'opposer à l'abaissement, à la sortie de ce même organe. Tel est le résultat que nous avons eu la satisfaction d'observer chez notre malade; et ce fait est d'une considération d'autant plus importante, que, comme je l'ai déjà dit, le col de l'utérus était gravement malade. Nous jugeâmes nécessaire d'abord de cautériser les surfaces altérées de cette partie. Nous avons répété cinq fois cette opération à six ou huit jours d'intervalle, sans obtenir d'amélioration sensible. Il survenait même de la douleur qui durait tout le jour, et le suintement sanguinolent n'en continuait pas moins. Nous nous avisâmes alors, et l'idée première en appartient au docteur Barrilleau, de remplacer la cautérisation par la simple application sur les surfaces malades d'une couche de poudre bien fine de ratanhia. Cette application était facile à l'aide d'un petit tampon de linge, et nous obtenions ensuite de la position de notre pessaire un avantage très-grand, puisque la partie supérieure du ballon, s'affaissant un peu sous le col utérin, formait une sorte de cupule anologue à la cuvette du bilboquet, et retenait et conservait plus longtemps en contact avec l'organe malade la poudre médicamenteuse. Ce moyen exempt de

douleur a été suivi d'une amélioration très-remarquable. Dès la deuxième application de ratanhia, la plus grande partie des surfaces ulcérées et saignantes s'est complétement cicatrisée, et maintenant l'érosion n'est plus sensible que dans la cavité du col, état que nous attribuons à une altération ancienne de la surface interne de la cavité du corps lui-même. Mais ce fait met, je crois, sur la voie des avantages qu'on peut retirer dans bien des cas de l'application de la poudre de ratanhia sur des points ulcérés, pour la guérison desquels la cautérisation ne réussit pas toujours, et qu'elle peut au contraire exaspérer en déterminant une irritation qu'atteste une douleur souvent très-prolongée.

Tel est, Messieurs, le résultat d'une expérience de plus d'un an. Ce n'est qu'un fait isolé, sans doute, et nous sentons que cette invention, quoique si simple, a besoin de subir de plus nombreuses épreuves. Si donc nous nous empressons aujourd'hui de la soumettre à votre jugement, c'est pour invoquer les rectifications et les perfectionnements que vous voudrez bien nous suggérer (1).

(1) Dans la séance qui a suivi celle où j'ai lu ce mémoire, M. Orillard fait observer que M. le professeur Amussat, dans ses leçons, avait parlé de l'essai fait par lui d'un pessaire analogue à celui que je propose. M. Thiaudière, qui a conservé des notes prises au cours de M. le docteur Amussat, se rappelle aussi cette particularité, et promet de me communiquer la partie de ses notes qui en fait mention. L'honorable collègue a eu la complaisance de m'adresser cette communication que voici :

J'extrais littéralement des cours de M. Amussat, leçon du 12 juin 1828, ce qui suit : « Le vagin ne se prête pas à la forme des pessaires en bilboquet, parce que le vagin a son sommet en haut et sa base en bas, ce qui est opposé à la forme de l'instrument.

Nous sommes loin, d'ailleurs, de penser que le pessaire que nous proposons soit sans défaut et sans inconvénient aucun. Voici, en général, les principales objections qu'on peut nous opposer : d'abord, le premier défaut, et qui n'est pas le moindre à mon avis, est la cherté de sa fabrication et de son entretien. On ne peut se passer d'une tige creuse en métal, et l'argent est ce qui convient le mieux. Ce moyen n'est donc pas à la portée de tout le monde, et c'est un sujet de regret pour

M. Amussat préfère employer une petite bouteille de caoutchouc, de la grosseur d'une grosse pomme de canne, très-mince. On l'introduit avec une grande facilité, et, par le moyen d'une grande bouteille de caoutchouc, l'on y injecte de l'air pour remplir sa cavité et pour éviter qu'on ait besoin de liens pour la maintenir. Ensuite, en tournant une petite virole qui se trouve à la tige, il devient facile de vider sa cavité et de la retirer. »

Je m'empresse donc de reconnaître que, malgré quelques différences dans la confection de l'instrument, la priorité de cette invention appartient tout-à-fait à M. le docteur Amussat. Cette circonstance que, sans m'en douter, j'aurais eu la même pensée qu'un patricien aussi justement célèbre, est trop flatteuse pour ne pas m'encourager à multiplier des essais, afin de vérifier le plus possible l'utilité de ce moyen. Ce droit de M. le docteur Amussat à la priorité se trouve encore confirmé par le passage suivant de l'ouvrage de Mme Boivin (*Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, etc.*, page 160) : « Dans un cas de rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité, portée à un degré considérable, j'avais pensé à faire préparer une vessie de mouton dont le col, portant une boîte à vis et à soupape, eût facilement conservé l'air injecté dans son intérieur après l'avoir insinué dans le rectum. C'était un pessaire imité de celui d'Aitken (air pessary), et dont il recommandait l'usage dans les cas de prolapsus de l'utérus. Le docteur Amussat en a fait exécuter un tout semblable en caoutchouc, pour l'introduire dans le vagin. L'anus l'eût difficilement admis. »

nous. Cependant la dépense de la tige, une fois faite, n'a pas besoin d'être renouvelée. On rendra surtout l'instrument bien plus durable en l'ôtant le soir dans son lit pour le remettre avant de se lever. La malade elle-même pourra le faire seule très-aisément, et soumettre toutes les parties de l'instrument aux soins de propreté, ce qui en favorisera beaucoup la durée. Une poire de gomme élastique peut ainsi servir plus de deux mois. Or, tous les autres pessaires sont également altérables. L'ivoire même, dit-on, a fini par se ramollir et se contourner.

La clef du robinet peut se mouvoir, se déranger et laisser l'air s'échapper du ballon; mais il est facile d'en introduire de nouveau. Il est aussi très-aisé de fixer la clef à l'aide d'un ruban ou de tout autre moyen analogue. Tous les pessaires avaient été construits jusqu'à présent de façon à présenter dans leur centre une ouverture ou un canal destinés surtout à laisser passer le sang des menstrues. Notre instrument, il faut l'avouer, ne peut présenter cette condition. Mais, d'une part, ce ne serait que le jour qu'on le porterait, et il est probable que le sang pourrait se glisser facilement le long de ses parois. Si l'on observait qu'il y eût rétention de caillots au-dessus du pessaire, on serait obligé d'ôter tout-à-fait celui-ci, ou bien la femme resterait au lit, et ne serait d'ailleurs exposée aux inconvénients de la descente que bien peu de temps.

Enfin, il est une objection qui, si elle était fondée, suffirait seule pour détruire nos espérances de succès, et faire rejeter complétement l'emploi de notre instrument. J'ai lu dans le n° 22 de la *Revue britannique*, octobre 1837, un article sur un nouvel emploi du

caoutchouc en médecine, où se trouvent les assertions suivantes :

« Le caoutchouc qui n'a point été soumis à l'action » d'un dissolvant paraît avoir une propriété dont on » peut tirer parti pour la thérapeutique. Le docteur » Chari, de Philadelphie, profitant d'une expérience » accidentelle, a appliqué du caoutchouc en feuilles » chez plusieurs personnes, sur lesquelles il a produit » une éruption de vésicules très-nombreuses, et avec » un soulagement véritable dans les cas de douleurs » rhumatismales. *Le caoutchouc préparé au moyen du » dissolvant ne possède plus la même propriété, ou ne la » possède qu'à un degré beaucoup moins énergique.* » L'éruption qu'il détermine diffère de toutes celles que » produisent les autres cautérisateurs appliqués sur la » peau ; les vésicules qui la composent sont régulières, » couvrent d'une manière presque uniforme la peau qui » a été en contact avec le caoutchouc, et n'offrent que » peu de différence dans leur grosseur.

» Cette application est moins douloureuse et moins » désagréable que celle des autres moyens du même » genre, et a tout autant d'énergie que le tartre stibié » lui-même. »

Si les expériences du docteur Chari sont confirmées, il n'en restera pas moins positif que le principe âcre et irritant, auquel serait dû l'effet que nous venons d'indiquer, est susceptible d'être dissous dans certaines substances telles que l'esprit de vin, la térébenthine, et surtout l'éther. Or, c'est l'éther que l'on emploie pour assouplir le caoutchouc de nos ballons. Ne pouvons-nous pas espérer qu'un tel principe sera totalement enlevé par ce puissant menstrue, et qu'il en sera alors du

caoutchouc comme de bien d'autres substances, telles que la pomme de terre, l'huile de colza, le manioc, etc., dont on enlève très-facilement le principe âcre ou vénéneux qu'elles contiennent, et qui n'en constituent pas moins des aliments très-salubres? Ce sera, au reste, Messieurs, à l'expérience de prononcer.

Observation de chorée. — Par M. Levieil de la Marsonnière, d.-m. à Poitiers.

Mlle R... Am..., âgée de 14 ans et demi, d'une constitution délicate, faible et nerveuse, a depuis l'âge de 9 à 10 ans rendu de temps en temps des portions plus ou moins considérables de tænia. Au mois de février dernier, habitant un pensionnat, elle éprouva fréquemment du froid la nuit. Désireuse de ne pas se laisser dépasser dans ses études par ses condisciples, elle avait eu souvent l'imprudence d'étudier ses leçons à la lueur d'une lampe qui se trouvait placée dans le dortoir, près de son lit. Elle travaillait le jour dans l'embrasure d'une croisée qui n'était pas très-close. Un matin, probablement à la suite d'un peu de fièvre, elle avait transpiré; mais l'heure du lever étant arrivée, et s'étant fait lacer son corset hors de son lit, elle sentit tout-à-coup un froid glacial dans le dos, qu'elle supporta fort longtemps sans rien dire. Des douleurs très-vives dans les lombes et dans les membres inférieurs étant survenus, ses parents la rappelèrent chez eux.

Pendant une couple de mois cette jeune personne éprouvait presque continuellement des douleurs très-pénibles, soit à la tête d'un côté, soit aux épaules, aux

bras, aux lombes, aux cuisses, aux pieds, mais surtout aux genoux, sans gonflement notable dans aucune de ces parties. L'appétit avait disparu tout-à-fait, et il était survenu un amaigrissement et un affaiblissement qui inquiétaient beaucoup sa famille. Il y avait constipation très-opiniâtre, la langue devenait rouge, la peau était brûlante, le pouls était habituellement petit et très-fréquent. La malade ressentait parfois des palpitations de cœur; il y avait souvent la nuit, et surtout le matin, des sueurs qui n'apportaient aucun soulagement. Le moral s'affectait.

Diverses conjectures pouvaient servir à expliquer cet état : la présence du tænia, une affection rhumatismale due au refroidissement, les préliminaires d'une menstruation qui tendrait à s'établir. Le traitement fut successivement dirigé d'après ces probabilités. Ainsi l'huile de ricin, le sirop d'éther, la décoction d'écorce de racine de grenadier, des bains chauds, des bains gélatineux, des frictions avec des liniments opiacés, de légères préparations narcotiques à l'intérieur, l'application des sangsues aux jambes, des pédiluves, etc., furent employés, et cela sans aucun succès. Il commençait à y avoir une insomnie fatigante, de l'agitation, ou parfois des rêves avec frayeur. Les douleurs de tête devenaient plus insupportables. Le caractère, excessivement doux à l'habitude, présentait des changements notables. Enfin, vers la moitié d'avril, on s'aperçut que le bras gauche exerçait ses mouvements avec embarras. La main ne saisissait plus les objets avec la même adresse, avec la même précision. De temps en temps des secousses involontaires se faisaient ressentir dans les doigts; le pied du même côté était parfois porté malgré lui dans l'ad-

duction, ce qui commençait à rendre la marche pénible. Dans l'espace de très peu de jours, ces symptômes augmentèrent et étendirent rapidement leur siége. Tout le bras gauche et surtout la main, les doigts, étaient continuellement agités par des mouvements saccadés dans divers sens, mais surtout dans celui de l'adduction et de la flexion. Le pied était aussi de moment en moment porté en dedans, et quand la malade essayait de marcher, le pied s'appuyait sur son bord externe. La tête était aussi portée dans diverses directions et souvent du côté opposé où la vue était dirigée. Les muscles des yeux étaient aussi le siége de quelques mouvements involontaires. Le regard présentait parfois, sans sujet, de la stupeur, de l'hébétude. Mais c'étaient surtout les muscles de la mâchoire inférieure, de la langue, et probablement aussi ceux du pharynx, qui participaient le plus au désordre de la motilité. Dès lors la déglutition était devenue difficile. C'était principalement la préhension des aliments et leur mastication qui trouvaient de grands obstacles dans la mobilité de la langue qui s'élevait vers le palais, dans le resserrement subit des mâchoires, ou dans les mouvements brusques de la tête; en sorte qu'il fallait à la personne chargée de la faire manger, ou, comme on dit vulgairement, de l'appâter, beaucoup de patience et d'adresse pour saisir le moment d'interruption des spasmes, et introduire avec succès dans la bouche une gorgée d'aliments ou de boisson. La prononciation des paroles était devenue aussi très-difficile, et l'on avait souvent beaucoup de peine à comprendre, ce qui jettait cette pauvre jeune personne dans l'impatience, le chagrin et le découragement. Malgré l'intégrité de la raison et du jugement, il y avait affaiblissement des facultés

intellectuelles, principalement de la mémoire des mots.

L'état spasmodique s'était en même temps étendu à tout le côté droit, sans cesser au côté gauche : ainsi tout l'appareil locomoteur étant envahi, la station, la progression, étaient impossibles; tout mouvement volontaire était contredit, empêché par les mouvements involontaires si multipliés, si bizarres, dont était tourmentée cette intéressante malade, qui d'ailleurs était loin d'être délivrée des douleurs diverses qui avaient précédé l'entier développement de la chorée. Au lit pendant la veille, le même désordre dans les mouvements agitait la malade, au point qu'on craignait qu'elle ne se jetât hors de son lit; mais quand un rare et court sommeil survenait, le spasme se suspendait complétement et ne recommençait que quelques minutes avant l'entier réveil.

Vers la fin d'avril, notre collègue M. Jolly fut appelé en consultation pour donner son avis sur un état aussi affligeant. Nous convînmes de faire prendre des bains; nous essayâmes même d'en faire composer un qui offrait quelque analogie avec les bains d'eau de mer dont l'expérience a prouvé l'efficacité en pareil cas; nous multipliâmes les liniments sédatifs et éthérés. On essaya des lavements à l'assa fœtida; nous fîmes prendre à l'intérieur le musc combiné tantôt avec la jusquiame, tantôt avec l'extrait gommeux d'opium. On n'obtint qu'un peu plus de sommeil et quelques adoucissements aux douleurs des membres. L'état spasmodique était toujours le même, lorsqu'une circonstance fortuite me fit tomber entre les mains une lettre écrite à M. Lauroy, médecin de Châtellerault, dans laquelle le docteur Lenoble, médecin de l'Hôtel-Dieu de Versailles, donnait des rensei-

gnements très-intéressants sur les effets avantageux qu'il avait obtenus de l'usage de l'indigo à haute dose contre l'épilepsie. Cette lettre était ainsi conçue : « J'ai employé » aussi l'indigo pour combattre plusieurs autres maladies » nerveuses. J'ai obtenu quelques succès dans l'hystérie, » mais *la chorée* est celle où il s'est montré avec le plus d'a- » vantages. Six jeunes sujets que j'ai soumis à son usage » ont tous été guéris complétement, malgré l'intensité » et l'ancienneté de la maladie chez plusieurs, et en peu » de temps. Je n'ai jamais, chez aucun des six que j'ai » eu à soigner, dépassé la dose de 18 grains d'indigo » par jour. »

Trouvant de pareils documents tout-à-fait opportuns dans la circonstance, je m'empressai d'en faire part à mon confrère M. Jolly, et nous fûmes d'avis l'un et l'autre de tenter l'usage de ce moyen dans un cas si rebelle aux remèdes déjà employés. En conséquence, le 3 mai, la jeune malade prit, à six heures d'intervalle, deux pilules composées chacune de deux grains d'indigo flore et de q. s. de sirop de fleurs d'oranger. Ensuite, pendant quatre jours, elle prit quatre pilules par jour, puis cinq pendant onze jours. Le douzième jour elle monta à six pilules, c'est-à-dire douze grains par jour, dose la plus élevée qu'elle eût prise, et qu'elle a continuée pendant le reste du traitement qui a duré en tout un mois et demi ; en sorte que la malade a pris en totalité six gros environ de cette substance.

L'estomac, dont on redoutait la susceptibilité, manifesta dès le principe une grande tolérance. Quelquefois la constipation faisait place à deux ou trois selles demi-solides accompagnées de quelques légères coliques. Les

matières fécales, quelle que fût leur consistance, avaient toujours une teinte bleu-foncé. L'urine était d'un brun-verdâtre-clair.

Jusqu'au onzième jour du traitement par l'indigo, la malade a continué à prendre, la nuit, deux pilules contenant chacune un quart de grain d'extrait gommeux d'opium. Depuis le douzième jour jusqu'au vingt-deuxième, on les a remplacées par deux pilules composées chacune d'un demi-grain d'extrait de jusquiame. C'est le seizième jour que la dose d'indigo a commencé à s'élever à douze grains par jour.

Pendant quelques jours, la malade a parfois éprouvé une petite toux sèche, puis des douleurs articulaires plus ou moins vives. Néanmoins, dès le cinquième jour du traitement, il y a eu un léger commencement de diminution dans l'agitation des membres.

Le dixième jour l'appétit a commencé à renaître; la malade mange et boit un peu moins difficilement.

Le quatorzième jour le sommeil est meilleur.

Le dix-septième, la parole est un peu plus libre.

Mais c'est surtout le vingt-neuvième jour du traitement, qui répond au 1er juin, que les progrès de l'amélioration étaient très-manifestes; le pouls était à l'état normal. Enfin, le quatorzième jour du traitement (15 juin), les symptômes divers de la chorée avaient entièrement disparu. La jeune personne avait peu à peu recouvré la faculté de manger et de boire sans l'aide de personne, de marcher, de se promener, d'écrire, et même de dessiner. La prononciation était nette. Plus de spasmes, plus d'agitation. Le sommeil, l'appétit et les forces sont revenus comme dans l'état habituel de santé. Cet état si satisfaisant s'est maintenu jusqu'à présent;

seulement cette jeune personne, douée d'une constitution délicate et impressionnable, éprouve de temps en temps quelques indispositions, telles que la migraine ou de légères douleurs à l'estomac. Elle n'est point encore réglée, et elle rend toujours de temps en temps quelques fragments de tænia. Elle n'a pu encore être délivrée entièrement de ce ver, malgré l'usage renouvelé de la décoction de racine de grenadier, et même l'infusion à froid bien concentrée de cette substance employée très-fraîche. Ce qu'il y a d'assez singulier, c'est que le plus souvent les fragments de tænia ne sont rendus qu'après l'administration de quelques doses de rhubarbe en poudre.

Observation de pustule maligne. — Par M. Ribault, d.-m. à Ligugé.

Marie Pineau, domestique à l'Écorcerie, commune de Ligugé, âgée de dix-huit ans, et d'un tempérament sanguin, jouissait de la santé la plus florissante. Le 9 novembre 1837, vers les deux heures de l'après-midi, en revenant de ramasser de l'herbe, elle se plaignit d'un picotement très-vif à la partie interne du poignet droit, et dit à ses parents qu'une épine l'avait piquée à cet endroit et qu'elle n'avait pu la retirer. On fit peu d'attention à cet accident d'après la cause que la malade lui assignait, malgré la démangeaison incommode qu'elle éprouvait et la douleur qui se propageait le long du bras jusque dans le creux de l'aisselle. Ces souffrances continuèrent pendant toute la nuit qu'elle passa dans une grande agitation. Le lendemain 10, les symptômes

étaient plus intenses, et de plus un fort petit bouton s'était développé sur le point où la malade pensait qu'une épine avait pénétré. Elle se leva cependant, vaqua à ses occupations, mais ne se trouva pas assez forte, à son grand regret, pour aller à la foire qui avait lieu ce jour même au chef-lieu de la commune. Elle ne cessa tout le jour de se plaindre du bras et de l'aisselle; elle eut de la céphalalgie et quelques nausées. Le soir, on remarquait un changement brusque dans l'humeur de cette jeune fille, jusqu'alors vive et enjouée. Elle devint tout-à-coup taciturne; elle répondait avec une lenteur extraordinaire aux questions qu'on lui adressait; enfin elle s'alita, accusant un mal de tête violent et une envie de dormir insurmontable. La nuit fut pourtant assez tranquille.

Le lendemain 11, la malade se plaignait moins, mais elle était dans un état de somnolence presque continuel. Elle ne put se lever. Le petit bouton avait fait place à une vésicule de la largeur d'une pièce de dix sous. C'est alors qu'on me fit appeler.

J'arrivai près d'elle à deux heures de l'après-midi; je la trouvai dans l'état suivant: décubitus sur le dos, tête légèrement renversée en arrière, face vultueuse, assez animée, yeux fixes et brillants, lèvres gonflées, écartées, laissant échapper une salive spumeuse; dents fortement serrées. La température des extrémités est un peu abaissée; le pouls filiforme, très-déprimé, et d'une fréquence que j'estimai approximativement à cent vingt-cinq pulsations par minute. La respiration ne paraît point gênée, mais les mouvements d'élévation et d'abaissement sont à peine sensibles. La vésicule développée au poignet avait les dimensions d'un écu de trois livres: au dire des assistants, elle avait considérablement grandi

depuis le matin. L'épiderme transparent laissait apercevoir la couleur rougeâtre du liquide qui le soulevait. Le bras était à peine enflé. J'interrogeai vainement la malade ; la vue et l'ouïe étaient abolies.

Diagnostic. — Empoisonnement septique par pustule maligne. — Asphyxie imminente.

Traitement. La vésicule ouverte immédiatement donne issue à une sérosité trouble et rougeâtre. Le derme sous-jacent, d'une rougeur suspecte, est sillonné de mouchetures faites avec la pointe de la lancette, et cautérisé avec l'ammoniaque. Le centre de la plaie présente une fort petite ouverture dans laquelle je cherche inutilement le corps étranger qu'on m'assurait y être. Le trismus est si violent que les mâchoires, écartées par la force un instant, se rejoignent avec bruit. On ingère avec peine quelques gouttes d'une potion stimulante. Affusions froides sur la tête, embrocations huileuses et volatiles sur les membres thoraciques et sur la poitrine, révulsifs aux extrémités. Lavement purgatif, eau émétisée.

L'emploi de ces moyens ne produisit aucun amendement, et la malade expira dans la stupeur vers le milieu de la nuit. La vie s'éteignit d'une manière tellement calme et insensible, que les parents, doutant encore de la réalité de la mort, me consultèrent le lendemain à ce sujet; il fallut attendre que la rigidité cadavérique fût manifeste pour procéder à l'inhumation. L'autopsie ne put être faite.

Observation d'un cas de tænia. — Par M. Barrilleau, d.-m. à Poitiers.

Mme L..., âgée de 36 ans, éprouvait depuis longtemps un malaise général, des anxiétés presque continuelles, des troubles dans les fonctions digestives. Souvent elle avait la diarrhée; elle éprouvait des défaillances qu'elle calmait promptement en mangeant quelque chose; le sommeil de la nuit était souvent troublé par des agitations dont elle ne pouvait se rendre compte; elle les calmait en mangeant, et la substance qui la calmait le mieux, c'était le chocolat préparé à l'osmazome. Aussi chaque soir plaçait-elle sur sa table de nuit la petite provision qu'elle présumait devoir consommer. Divers moyens, tels que bains, antispasmodiques, furent successivement mis en usage sans apporter d'amélioration sensible dans l'état de la malade. Un matin, à la suite d'une nuit très-agitée qui avait été accompagnée de plusieurs selles, elle vit dans les matières qu'elle avait faites, plusieurs fragments plats et longs d'une couleur blanche et resserrés de distance en distance. On me montra cette selle, et je reconnus des morceaux de tænia. Dès lors me furent expliquées toutes les anomalies que la santé de la malade m'avait présentées jusqu'à ce jour.

Il s'agissait alors de tâcher de le faire rendre. A cet effet, je prescrivis successivement la fougère mâle, l'éther, l'huile de ricin, l'étain, des bols composés avec sabine, semences de rhue, mercure doux, huile essentielle de tanaisie et le sirop de fleurs de pêcher. Tous ces moyens furent sans succès. A cette époque, 1828, la

Revue médicale préconisait l'extrait de fougère mâle à la dose de 24 grains, et le lendemain un léger purgatif. J'employai ce moyen qui fatigua prodigieusement la malade ; elle eut des coliques très-vives, de la fièvre et une agitation excessive. Nous cessâmes toute espèce de remède pendant quelque temps. Pendant cet intervalle, les journaux de médecine publièrent des résultats obtenus par l'usage d'une décoction de deux onces d'écorce de racine de grenadier. Je proposai à la malade d'essayer ce nouveau moyen, elle y consentit. Elle en prit pendant au moins huit jours sans aucun succès. L'écorce de la racine dont on faisait usage était sèche ; il me vint dans l'idée que si elle était fraîche elle aurait un meilleur effet : on s'en procura. Après quatre jours de son usage, la malade rendit des morceaux très-longs, et le cinquième jour elle rendit la tête. Depuis cette époque, tous les accidents qu'elle éprouvait ont complétement disparu, et la santé de la malade a été parfaite. Depuis lors elle a eu deux enfants, l'un en 1832, et qui est mort en 1833 par suite du travail de la dentition ; l'autre en 1836, et qui a eu deux ans au mois d'avril dernier. Cet enfant a toujours joui d'une bonne santé. Dans les premiers jours du mois de mai dernier, sa mère reconnut très-bien dans ses matières diverses articulations du tænia. Elle me les montra, et il ne me fut pas permis d'en douter. Alors il a fallu recourir au moyen qui déjà nous avait réussi ; on a fait une décoction de deux gros et demi d'écorce fraîche de racine de grenadier dans cinq onces d'eau, mais il a été impossible de la faire boire à l'enfant ; on lui en a fait prendre en substance réduite en pulpe et incorporée avec des confitures ; après deux jours il n'a plus été possible de le

tromper, il n'en a plus voulu. Il ne nous restait plus d'autre moyen que de lui faire prendre de force. A l'effet de diminuer le mauvais goût de la substance, on a fait macérer à froid pendant 12 heures deux gros d'écorce dans deux onces d'eau ; mais au lieu de diminuer le mauvais goût et l'odeur, nous avons observé que l'odeur était beaucoup plus pénétrante et avait quelque analogie avec celle du raifort sauvage; quant au goût, il est plus détestable que celui de la décoction. Chaque matin une cuillerée à bouche de cette macération a été donnée à l'enfant, et le sixième jour le ver que je mets sous vos yeux a été rendu. Malgré le soin qu'on a mis à chercher dans les matières, on n'a point vu la tête ; si elle ne s'est pas perdûe parmi elles, toujours est-il qu'il a été rompu dans la portion rétrécie qui forme le col, et que depuis cette époque l'enfant n'en a rendu aucun fragment. Le temps seul nous apprendra s'il a été rendu entièrement.

Observations. Les auteurs s'accordent à dire que le tænia ne s'observe que chez les adultes, quand les autres vers ont ordinairement disparu. Le fait que je viens de vous rapporter prouve qu'on peut aussi le rencontrer chez les enfants.

Les auteurs disent encore qu'en général les individus affectés de tænia ne sont pas maigres. La dame qui fait l'objet de cette observation est une preuve du contraire, car elle est très-maigre.

On a aussi remarqué que parfois il était héréditaire. Quoique l'observation que je viens de vous lire tendrait à établir ce fait, je ne conçois pas l'hérédité du ver solitaire.

J'ai toujours compris qu'on devait donner le nom de

maladies héréditaires à celles qui consistent dans une certaine disposition organique, que les parents qui ont été atteints de ces maladies transmettent à leurs enfants par voie de génération. Si c'est ainsi qu'on peut formuler ce qu'on entend par maladies héréditaires, je ne conçois pas que le ver solitaire, qui me paraît un être indépendant de l'organisation, puisse être transmis par voie de génération.

Cette question, je pense, mériterait d'être étudiée ; c'est pourquoi je propose à la Société de vouloir bien s'en occuper, et de fixer une époque pour ouvrir une discussion sur cet objet.

Observation de ramollissement très-étendu du cerveau et du cervelet chez une femme enceinte ; la grossesse a parcouru ses périodes, l'accouchement a eu lieu à terme, l'enfant vivant et viable. — Mort de la malade. — Autopsie. — Par M. Pingault fils, d.-m. à Poitiers.

Le 8 juin 1837, la femme Villemorin, âgée de 28 ans, est entrée à l'hospice de la Maternité, enceinte de huit mois. Atteinte de la grippe au cinquième mois de sa grossesse, la misère et le défaut de soins avaient prolongé chez elle cette maladie jusque vers le septième mois sans complication. Cependant, vers cette époque de la gestation, elle fut prise d'un mal de tête fixé particulièrement à la région frontale. Malgré une saignée de bras, ce mal devint de plus en plus intense, et dès lors des vomissements qui ont résisté aux antispasmodiques administrés sous toutes les formes. L'estomac rejetait tout

aliment soit solide, soit liquide. Bientôt il s'est joint de la somnolence, un peu de délire ; quelques jours après, une indifférence complète, l'absence de la parole, un assoupissement plus profond, quelques excrétions involontaires. Ces derniers désordres n'ont duré que pendant peu de jours, car la parole est revenue, la somnolence a beaucoup diminué ; mais les vomissements et le mal de tête ont continué : la grossesse approchait de son terme. C'est alors que nous l'avons reçue présentant les symptômes suivants :

Maigreur extrême, libre exercice des membres ; mais elle était tellement faible, qu'elle ne pouvait se soutenir sur ses jambes. Elle n'était ni sourde, ni aveugle, ni borgne : le sens du goût était dans l'état normal ; quant à celui de l'odorat, je n'ai pas remarqué dans quel état il se trouvait.

La malade ne dormait jamais, elle ne parlait que pour demander à manger, ou pour dire que la tête lui faisait très-grand mal, ou pour répondre aux questions qu'on lui adressait ; ses réponses étaient toujours justes, mais lentes.

Son ventre n'était pas développé en raison de l'époque de sa grossesse. Elle éprouvait le besoin de la faim, mais elle vomissait peu de temps après avoir mangé, tout ce qu'elle avait pris ; il n'y avait point de soif, la langue était humide et de couleur normale ; en palpant la région épigastrique on ne faisait éprouver aucune douleur ; la malade se couchait indifféremment sur l'un ou l'autre côté. Il existait une constipation opiniâtre ; les urines étaient quelquefois excrétées, sans qu'elle s'en aperçût, ou le plus souvent elle sentait bien qu'elle

avait envie d'uriner, elle demandait le vase de nuit, mais elle avait uriné lorsqu'on le lui apportait.

La malade vomissait plus promptement et plus complétement les liquides, car peu de temps après avoir pris du bouillon ou de l'eau sucrée, sans qu'elle se remuât et sans qu'elle parût avoir envie de vomir, un flot de liquide s'échappait brusquement de sa bouche sans cesser de se continuer jusque sur le plancher.

Aussitôt après le vomissement elle demandait à manger, et elle disait qu'on la faisait mourir de faim, que son mal de tête existait sans relâche, qu'elle l'attribuait à la privation de nourriture, que d'ailleurs elle n'éprouvait aucun autre mal.

Elle restait tranquille comme absorbée dans son lit, l'insomnie était complète, elle n'avait point de fièvre, le pouls même était lent, jamais elle ne délirait.

Du 8 au 28 juin, l'état de la malade n'a pas changé ; des selles ont été provoquées par un lavement contenant deux onces d'huile de ricin.

Vu l'absence de symptômes d'inflammation dans le canal digestif, deux doses de sel de Sedlitz, de deux gros chaque, ont été administrées à une heure de distance dans le but de purger la malade ; mais elles ont été promptement vomies et n'ont eu aucun résultat.

Différentes boissons, eau sucrée, eau acidulée, eau d'orge coupée avec le lait, eau de tilleul aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger, ont été employées tour à tour, tantôt par cuillerées seulement, tantôt par demi-verrées; elles ont toujours été vomies; il en a été de même de la nourriture sèche en petit volume. La viande rôtie et

sucée seulement, sans autre aliment ni solide ni liquide, a de même provoqué le vomissement.

Des frictions faites avec l'onguent mercuriel, supposant qu'une exostose syphilitique pouvait exister en dedans de la voûte du crâne, et produire une céphalalgie aussi violente et aussi opiniâtre, ont été sans succès.

Enfin, dans la matinée du 29, une de ses compagnes s'étant aperçue qu'elle se remuait dans son lit, qu'elle avait l'air de souffrir, bien qu'elle ne fît entendre aucune plainte, aucun cri, a averti l'infirmière, qui est arrivée près d'elle, a soulevé ses couvertures, et a vu entre ses jambes un enfant à terme et vivant qu'elle venait de mettre au monde.

Le sentiment de la maternité était loin d'être éteint chez elle, car elle voulait allaiter son enfant, bien que toutes les personnes qui l'environnaient l'engageassent à l'exposer à cause de son extrême indigence.

Après l'accouchement, les vomissements ont persisté ainsi que la céphalalgie ; cependant les lochies coulaient.

Eau sucrée, vésicatoires aux jambes.

La fièvre de lait a eu lieu, les seins se sont remplis.

3 juillet, les lochies se sont arrêtées (sangsues aux cuisses).

4 juillet, en buvant la malade a cessé d'exister, elle est décédée tout d'un coup sans agonie, comme dans une syncope.

A l'autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, nous avons dirigé nos recherches vers l'organe encéphalique ; le temps ne nous a pas permis de poursuivre nos recherches dans les autres organes.

La calotte du crâne étant brisée et enlevée, nous avons reconnu une diminution du volume général du cerveau relativement à la capacité du crâne, la voûte osseuse dans toute son étendue était dans l'état normal.

En ouvrant les membranes pour mettre à nu le cerveau, il s'est échappé un liquide séreux qui paraissait venir du ventricule gauche, par un point ramolli dont nous avons reconnu l'existence à la partie latérale et postérieure de l'hémisphère gauche du cerveau. Cette sérosité abondante contenait quelques parcelles de matière blanche très-molle.

Tiré de la boîte osseuse, le cerveau paraît ramolli sur toute sa surface extérieure ainsi que le cervelet ; la base du crâne ne présente pas plus de tumeur osseuse que la voûte. Les anfractuosités sont peu apparentes sur toute l'étendue de la masse encéphalique.

L'arachnoïde et la pie-mère nous paraissent adhérentes, les vaisseaux arachnoïdaux sont injectés surtout à gauche.

Examiné à la base, le cerveau n'a rien offert que nous puissions signaler, si ce n'est un état normal de couleur, de conformation et de consistance.

A l'hémisphère gauche, un peu en arrière, existait une portion affaissée et très-ramollie qui offrait une ouverture par laquelle s'était échappé le liquide que nous avons mentionné. Cette ouverture était irrégulière, non béante ; agrandie à l'aide du scalpel, nous avons pénétré dans une cavité qui s'étendait dans toute la partie postérieure de cet hémisphère. Cette cavité n'a pas de kyste, elle est formée aux dépens de la substance cérébrale blanche ramollie au point d'être diffluente, et n'a pour parois que la substance grise recouverte en dedans d'un

reste de substance blanche très-molle ; elle se continue avec le ventricule gauche dont la capacité était augmentée, et contenait aussi un liquide semblable à celui dont nous avons parlé.

Nous n'avons reconnu aucune trace de la cloison des ventricules. Toutes les parois du ventricule gauche étaient ramollies. Le ventricule droit était également dilaté.

La partie antérieure de l'hémisphère droit du cerveau est tellement ramollie, que la substance blanche tombe en deliquium. Cet hémisphère, à sa partie postérieure, offre une autre cavité qui nous a paru séparée du ventricule droit par une membrane résultant de l'épaississement de la pie-mère dans cette cavité.

Le lobe gauche du cervelet offrait également une ouverture par laquelle s'échappait une substance d'un blanc grisâtre très-molle. Cette ouverture agrandie par une incision nous a fait découvrir le fond d'une cavité qui occupait toute l'étendue de ce lobe, et qui contenait beaucoup de substance ramollie et détachée au milieu de laquelle existait une partie plus consistante de forme irrégulière, et qui nous a paru provenir d'un degré particulier de désorganisation de la substance du cervelet. Le lobe droit du cervelet est également ramolli dans toute son étendue, mais sans contenir de cavité.

La protubérance cérébrale, ainsi que les prolongements antérieurs ou cérébraux, et les prolongements postérieurs ou cérébelleux, ainsi que l'extrémité supérieure du prolongement rachidien, nous ont paru être dans l'état normal.

Il est à remarquer qu'avec de semblables désordres dans l'organe encéphalique, la malade n'ait pas présenté

les symptômes ordinaires même d'un ramollissement peu étendu, tels que la paralysie et la contracture, et qu'on n'ait eu à observer qu'une céphalalgie très-forte, continuelle ainsi que l'insomnie, des vomissements de toute espèce d'aliments, une faiblesse et non une paralysie des jambes, un état d'affaissement et non de coma; seulement de l'indifférence et de la lenteur dans les réponses et non du délire, le libre exercice de sa pensée et la parole.

L'état sain de la protubérance annulaire et des prolongements du cerveau et du cervelet explique la liberté des sens et celle des membres.

Malgré la gravité des lésions physiques qui existaient dans le centre des organes de l'innervation, la grossesse qui a parcouru toutes ses périodes, l'accouchement qui s'est fait presque sans douleur et sans que la malade ait paru s'en apercevoir, la santé satisfaisante de l'enfant né à terme et viable, et la sécrétion du lait, prouvent que les fonctions de la reproduction sont tout-à-fait sous la dépendance de la vie organique.

Cette lésion profonde de l'encéphale n'a point eu d'acuité, elle est arrivée d'une manière chronique; c'est la raison pour laquelle les fonctions de cet organe n'ont point été enrayées, seulement vers le commencement; au septième mois de la grossesse la malade a été plongée dans un assoupissement assez profond, elle a été pendant quelques jours privée de la parole, laquelle est revenue et s'est maintenue jusqu'à la mort, malgré la destruction en quelque sorte complète de la substance cérébrale. Si on met en regard d'une semblable observation les désordres qui surviennent dans les fonctions, sous l'influence de la moindre altération aiguë ou subite

qui peut survenir dans l'encéphale et qui amène souvent la résolution complète des membres, et même la mort très-promptement, on voit quelle distance il y a entre une affection aiguë et une affection chronique. La première, quelque minime qu'elle soit, quand elle siége dans l'encéphale, par exemple, est quelquefois incompatible avec la vie; tandis que la seconde, étendue au point d'être parvenue à détruire la plus grande partie de cet organe, peut être pendant quelque temps compatible avec un certain état de santé, tout en finissant par amener la mort sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

Observation d'une fièvre typhoïde accompagnée d'une perte totale des facultés intellectuelles et de la parole pendant deux mois et demi. — Guérison. — Par M. Pingault fils, d.-m. à Poitiers.

Eugénie Bourdin, âgée de 9 ans, est atteinte, le 23 août, d'un état maladif qui offre tous les signes d'une fièvre grave, tels que diarrhée, céphalalgie intense, redoublements le soir. Ces symptômes résistent à l'emploi des sangsues au siége, à la diète, à l'usage des émollients tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les redoublements du soir avancent de plus en plus et deviennent de plus en plus intenses. Déjà du 28 au 29 août il y avait de l'affaissement ; la céphalalgie était très-forte, mais il n'y avait point de cris ; la malade était au contraire assoupie, le pouls très-fréquent, une joue rouge et brûlante tandis que l'autre était pâle et un peu froide.

Absorbée dans son assoupissement, la malade en était un peu réveillée par les personnes qui lui adressaient la parole, et leur répondait alors d'une voix très-basse.

Des sinapismes promenés sur les extrémités, de larges vésicatoires aux jambes, firent disparaître la céphalalgie; mais le ventre se ballonna, la soif devint extrême. Interrogée, la malade répondait que rien ne lui faisait plus mal. La diarrhée était abondante, les selles répétées et involontaires, l'assoupissement allait en augmentant, et la malade coulait dans son lit, ne se plaignait de rien, était couchée sur le dos, les bras croisés sur la poitrine, les jambes allongées, les paupières à demi fermées; les narines opéraient des mouvements rapides et présentaient de la poussière à leur ouverture; le nez allongé, les traits étirés et la peau sèche.

Des mouches furent appliquées aux cuisses, puis aux bras. La malade n'en resta pas moins, du 1er au 5 septembre, dans un coma continuel, immobile dans la position que j'ai décrite. Un râle muqueux continuel faisait croire qu'elle allait mourir; ses joues étaient pâles, presque froides. Pendant les quatre jours et quatre nuits qu'elle a passés dans cet état, on n'a rien pu lui faire avaler. Alors j'ai fait appliquer un large vésicatoire derrière le cou; j'ai fait frictionner deux fois par jour le ventre avec la pommade stibiée. Cette pommade a produit un effet extraordinaire; le ventre s'est promptement couvert de pustules; quelques-unes s'étant développées aux environs du clitoris et sur la partie interne des grandes lèvres, elles ont déterminé dans ces parties une inflammation telle, que quelques points sont devenus le siége de la gangrène. Les pustules nées autour de l'anneau ombilical avaient aussi produit tant

d'inflammation sur cette cicatrice, qu'une petite escharre gangréneuse s'y était aussi développée.

Réveillée sans doute et fortement stimulée par l'inflammation des parties de la génération, la malade y avait machinalement porté les mains, qui y paraissaient fixées d'une manière immuable.

Enfin le 5 septembre, sans que rien ait changé dans sa position, elle a commencé à ouvrir les yeux et à crier, restant toujours immobile, ne remuant ni bras ni jambes, ayant l'air de l'idiotisme le plus complet; elle faisait entendre un cri aigu désagréable et continuel. Dès lors on a approché de sa bouche du bouillon, puis de la soupe, du pain; elle avalait tout cela avec une promptitude étonnante. On avait la certitude qu'elle n'entendait pas, rien ne prouvait qu'elle vît, sa physionomie annonçait qu'aucune idée ne l'occupait, elle ne reconnaissait personne, elle ne faisait qu'ouvrir la bouche et crier; son cri était toujours le même, sans changement de ton; il paraissait être produit par le besoin de manger, car elle ne cessait de le faire entendre nuit et jour, que lorsqu'elle sentait qu'elle avait la bouche pleine d'aliments, car elle recommençait aussitôt qu'elle les avait avalés. Il était impossible de saisir dans son cri quelque chose qui ressemblât à la prononciation d'un mot quelconque.

Au bout de douze jours, on l'a vue remuer une de ses jambes; quelques jours après, l'autre jambe. Mais ces mouvements étaient de courte durée et fort limités. Un jour elle essaya de rapprocher son bras droit de sa poitrine, mais il retomba tout tremblant, et n'exécuta de nouveau le mouvement que deux jours après. Ce n'est qu'à la fin de septembre, trois semaines après avoir commencé à crier, qu'elle a pu porter sa main droite à

sa bouche, mais encore était-elle bien tremblante. Plus tard elle a pu saisir des objets avec sa main; malgré cela elle criait encore nuit et jour ; il fallait qu'on l'appâtât presque sans cesse; elle était dans un état de maigreur et de pâleur extrême; les déjections alvines avaient lieu sans qu'elle en eût conscience. Bientôt, remuant ses deux bras et ses deux jambes, elle imprégnait ses mains, ses pieds et quelquefois même sa figure de ses excréments. Souvent elle avait des grincements de dents; elle a même été pendant quatre jours sans discontinuer à avoir ces grincements de dents, excepté quand elle criait. Elle a recouvré le sens de la vue avant celui de l'ouïe; ce qui l'a fait reconnaître, c'est que lorsqu'on lui disait de tirer la langue, elle ne le faisait pas, tandis que si on la tirait devant elle, elle la tirait aussi (les mouvements de la langue étaient très-libres). Je crois avoir pu apprécier qu'elle n'a commencé à entendre qu'au bout de deux mois à peu près. — Parfois il y avait du sommeil, mais il était de courte durée; la peau était toujours sèche, le pouls était souvent fébrile. — Outre la mouche du cou, j'en ai fait mettre une derrière chaque oreille; elles suppuraient toutes très-bien, excepté celles des jambes que je n'excitais pas, parce que je craignais qu'une suppuration trop abondante aux parties inférieures ne servît qu'à débiliter la malade. A l'aide de cataplasmes émollients, j'ai fait guérir les escharres gangréneuses qui existaient aux parties externes de la génération et à l'ombilic.

Ce n'est que le 15 novembre, deux mois et demi après la perte totale de l'usage de ses sens et de ses facultés intellectuelles, qu'au moment où on pansait sa mouche derrière le cou, la malade a articulé un mot; elle a fait

entendre un cri en prononçant holà. Elle n'a fait entendre que ce mot; elle a continué à crier comme à l'ordinaire, et le lendemain elle a reconnu son frère pour la première fois. Alors elle a parlé; elle a reconnu sa mère et ses voisines. Le lendemain elle a chanté des couplets de chansons et de cantiques qu'elle avait appris quatre ans auparavant (1). Peu à peu cette malade a repris de l'embonpoint; elle s'est plainte parfois d'éprouver de la céphalalgie; ses facultés intellectuelles ont recouvré toute l'étendue qu'elles avaient avant. Elle est restée longtemps avec une plaie très-étendue sur le sacrum, et elle jouit maintenant de la plus parfaite santé; rien chez elle n'annonce qu'elle a eu une maladie aussi grave; elle jouit de toute l'intégrité de ses sens, elle parle sans difficulté, elle n'a aucune faiblesse dans les membres.

Observation de tétanos survenu sous l'influence d'une lésion des voies alimentaires. — Par M. Fanneau, médecin à Châtellerault, membre correspondant de la Société.

Le mercredi 24 avril 1835, on vint à onze heures du soir me prier de me rendre auprès de T... , jardinier de la Singerie, près Tours. Voici les symptômes que j'observai : l'abdomen était tendu et douloureux, l'épi-

(1) Cette malade s'est trouvée dans le même état que les idiots : les organes vocaux, le larynx, la langue, les lèvres n'étaient point paralysés; mais l'intelligence, qui fait mouvoir tous ces organes, était annulée. J'ai assisté avec une véritable curiosité scientifique à la résurrection graduelle des facultés momentanément anéanties. Gaillard.

gastre et les hypocondres sensibles à la plus légère pression ; la langue, rouge et amincie dans son pourtour, était couverte d'un enduit blanchâtre, avec développement remarquable des papilles à sa base; soif excessive ; les mâchoires étaient rapprochées par la contraction des élévateurs du maxillaire inférieur, que j'eus de la peine à vaincre pour explorer l'intérieur de la bouche. Il y avait roideur générale, pouls dur, large et fréquent.

Ce trismus, cette contraction générale des muscles extenseurs sans autres prodrômes qu'une *lésion primitive des voies alimentaires*, ne me surprit pas, ne me fit pas prendre le change. Chaque malade souffre à sa manière, a des sympathies qui se développent en raison de la connexité plus ou moins intime qui existe entre les divers systèmes organiques. Cela n'est pas nouveau. On sait, et on l'a dit bien avant moi, que le tétanos se développe quelquefois sous l'influence des *helminthes* ou vers intestinaux, *non par une vertu spéciale*, mais en raison de la stimulation qu'ils exerçent sur la muqueuse intestinale, et qui retentit profondément parfois dans les *centres nerveux* et notamment dans le *rachis*, avec lequel les intestins grêles ont un rapport plus intime qu'avec le cérébrum même. Ainsi, pour me résumer dans mon diagnostic, je ne vis plus qu'une *lésion de l'arachnoïde rachidienne avec influx nerveux sur les muscles*, survenue consécutivement à une *gastro-entérite*.— Je fis d'abord une saignée de bras de *dix-huit onces* et prescrivis une potion opiacée, sans amélioration sensible, puisqu'à six heures du matin il y avait alternative de *spasmes cloniques* et de *spasmes toniques*, *de roideur* et de *convulsions* dans les extréminés coxo-fémorales et scapulo-humérales, tandis que les muscles crotaphites ainsi que les masseters qui

correspondent plus intimement avec le bulbe rachidien rapprochaient fortement les mâchoires. Cependant cette modification me parut un résultat heureux ; j'augurai bien de cette contraction musculaire qui cessait d'être permanente. Je la regardai comme une *diminution d'intensité* d'arachnoïdite spinale. — Nouvelle saignée, vingt-cinq sangsues à l'épigastre, dissolution de *deux* grains d'extrait gommeux d'opium dans *trois* onces d'eau. L'après-midi le malade rapporte ses souffrances aux régions dorsales et lombaires ; *trente* sangsues *loco dolenti* sur le rachis, bain tiède ; la roideur des muscles cesse en partie, ou plutôt est alternée plus fréquemment par des secousses convulsives. Cependant, comme je le prévoyais, il y eut pendant la nuit une exacerbation. Les parents effrayés vinrent me chercher. La roideur, la tonicité des extenseurs se représentait ; on eût enlevé le malade comme une planche. La face était rouge et vultueuse ; le pouls dur, fort et fréquent ; toute la périphérie était couverte de sueur. Je fis une nouvelle saignée de *seize onces*, j'augmentai la dose d'opium, et j'employai iatraleptiquement la teinture vineuse d'opium et notamment en friction sur la colonne épinière. Le malade éprouva des réactions dans le courant de la journée ; je continuai les bains, les antiphlogistiques ; j'augmentai progressivement la dose de narcotique. Je remplaçai l'opium gommeux par l'acétate de morphine que j'administrai d'abord par la méthode endermique, puis dans une potion à la dose d'un demi-grain matin et soir ; le calme se rétablit en partie. Mais le soir, après un bain tiède d'une heure et demi, le trismus devint plus intense : *vingt* sangsues à la base du crâne ; amélioration.

La femme du malade m'ayant proposé, et ce d'après l'avis d'un confrère, d'essayer du camphre pour combattre les mouvements nerveux survenus chez son mari, j'y eus recours pour lui complaire ; mais je dus en cesser bientôt l'usage, car sous l'influence de ce moyen le mal au lieu de diminuer ne fit qu'empirer.

Anxiété précordiale; difficulté dans la déglutition et dans la respiration; *violente douleur à l'épigastre*, augmentation du trismus, roideur des muscles, pouls dur, fort et fréquent, rougeur de la face : *vingt sangsues sur l'épigastre*, dix autour de la base du crâne, frictions laudaniques. Continuation dans l'augmentation des symptômes morbides jusqu'au lendemain matin : saignée d'une livre; bain de deux heures. Le lendemain mardi, deux bains, administration iatraleptique du laudanum, trois grains de morphine. Sous l'influence de cette médication l'amélioration se prononça ; la rigidité des masseters et crotaphites cessa en partie, ainsi que la contraction musculaire générale jusqu'au dimanche où le malade prit du *vin* de son propre mouvement, ce qui occasionna une violente exacerbation. Certainement le camphre et le vin ont porté leur *action première et irritante sur le gaster*, dont nous avons reconnu *l'action morbide primitive*, cause de tout le désordre. En contact avec les irritants, il devait redevenir le point de départ des irradiations morbides, le douloureux mobile, et mettre de nouveau en jeu les sympathies.

Roideur générale, tellement marquée, que les gros orteils eux-mêmes étaient renversés; nouvelle saignée de seize onces, quinze sangsues à l'épigastre, frictions avec le cérat fortement opiacé sur les extrémités, et

notamment sur le pied dont le renversement occasionnait des douleurs atroces ; enfin le mieux survint, et une guérison radicale ne se fit pas attendre longtemps.

Pleuro-pneumonite aiguë, traitée par la méthode antiphlogistique, suivie de l'administration de l'émétique à haute dose. — Par M. Quotard, d.-m. à Poitiers.

Dans la soirée du 24 novembre dernier, je fus appelé pour donner des soins à madame Gigot, âgée de 58 ans, douée d'une forte constitution et d'une obésité peu ordinaire ; je me rendis aussitôt auprès d'elle, et j'observai les symptômes ci-après : douleur très-aiguë sous le sein droit, difficulté extrême pour respirer, crachats mêlés de sang, pouls très-fréquent, plein, serré, peau brûlante, sèche, soif vive, urines rares.

Je voulus pratiquer immédiatement une saignée, mais la malade s'y refusa obstinément, et je fus contraint à regret de borner ma prescription à l'application de vingt-cinq sangsues sur le point douloureux, avec injonction de renouveler souvent, après leur chute, les cataplasmes émollients mis bien chauds sur cette région, afin de provoquer la sortie d'une plus grande quantité de sang : je conseillai l'usage d'un looch blanc et une tisane adoucissante ; diète absolue.

Le 25, à ma visite du matin, les piqûres des sangsues donnaient toujours, la douleur thoracique était un peu moindre ainsi que la difficulté de respirer, la peau était moins brûlante et moins sèche, la malade avait un peu dormi dans la nuit, mais les crachats étaient toujours rouillés et le pouls plein et serré. Je proposai de nouveau

une saignée, comme étant, à mon avis, d'une excessive urgence ; je fis même entrevoir à la malade qu'il y avait du danger à ne pas acquiescer à ce que ce moyen fût employé ; mais, ni mes instances réitérées plusieurs fois dans la journée, ni les prières de ses enfants, ne purent la décider à y consentir, elle persista dans son déraisonnable refus. Les piqûres de sangsues donnant encore, je fis enlever l'agaric que l'on venait de mettre pour arrêter le sang, et je fis continuer l'application des cataplasmes émollients sur le côté droit de la poitrine, l'usage du looch et de la tisane. Un vésicatoire existant depuis longtemps à un bras et rendant peu, j'en fis placer un à l'autre bras.

Le 26, l'état de la malade avait empiré, les crachats contenaient beaucoup plus de sang que les jours précédents, la respiration était on ne peut plus gênée, l'air paraissait n'arriver que difficilement au poumon droit, le point douloureux avait repris de l'acuité, le pouls était très-dur, petit et concentré, soif ardente, insomnie, urines rares et très-rouges, constipation.

Prescription : solution de gomme, potion pectorale ; la malade se laissa pratiquer une saignée, et je la fis forte ; diète absolue. Dans la soirée du même jour, j'observai un léger amendement dans l'ensemble des symptômes, le sang résultant de la saignée présentait une couenne très-épaisse. Je proposai de rouvrir la veine, mais ce fut inutilement, la malade ne le voulut pas. Je demandai, vu la gravité du cas et surtout l'indocilité de la malade, que l'on voulût bien m'adjoindre un confrère.

Le 27, je fis observer à M. Chevallier les phénomènes morbides déjà énoncés ; nous percutâmes la poitrine, et

nous trouvâmes beaucoup de matité au côté droit ; l'air ne pénétrait pas dans la totalité du poumon de ce côté. Prescription : saignée du bras, looch blanc, solution de gomme édulcorée, application d'un large vésicatoire sur le côté droit du thorax ; diète.

Cette seconde saignée fut aussi forte que la première, et néanmoins la gravité de la maladie n'en fut pas atténuée, car le soir le danger était tel que, craignant une suffocation imminente, je pratiquai une autre saignée de huit onces seulement, et je fis appliquer des cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures.

Le 28, la dyspnée est plus forte que précédemment, la respiration est presque entièrement diaphragmatique; le point douloureux a cessé ; les crachats sont jaunes, ne contiennent plus de sang, mais ils sont très-rares et sont expulsés avec peine ; l'air pénètre difficilement dans le poumon gauche, la partie supérieure du poumon droit seule donne accès à l'air ; la matité s'est étendue dans la presque totalité du côté droit du thorax ; le pouls est petit, fréquent, la peau légèrement moite; râle muqueux très-prononcé.

Prescription : solution de gomme, vésicatoires aux jambes, sinapismes aux extrémités inférieures appliqués plusieurs fois dans la journée ; potion composée de six onces d'infusion pectorale, de neuf grains d'émétique, d'une demi-once de sirop diacode et de pareille dose de sirop d'althæa, prise par cuillerée à bouche toutes les heures.

Le 29, l'état de la malade est le même que la veille ; la potion n'a produit ni vomissements ni selles ; il est survenu de la moiteur ; les urines sont un peu plus abondantes et contiennent un sédiment jaunâtre.

Prescription : continuation de la potion émétisée, tisane adoucissante, cataplasmes sinapisés aux pieds.

Le 30, la malade a eu un peu de sommeil, le râle est moindre, la respiration un peu moins pénible, le pouls un peu plus développé, la moiteur de la peau a continué, les urines sont plus abondantes et sédimenteuses; point de selle.

Même prescription que la veille.

Le 1er décembre, il existe un mieux notable; la résolution s'opère, la matité est infiniment moins large, les poumons reçoivent l'air, le gauche complétement, et le droit d'une manière presque complète; l'expectoration de crachats muqueux se fait avec plus de facilité, le pouls se développe bien et a cessé d'être fréquent.

Prescription : même tisane et même potion, seulement celle-ci ne contient plus que six grains d'émétique, et on la donne à des distances plus éloignées, toutes les deux heures.

Le 2, la malade va de mieux en mieux, la respiration devient de plus en plus libre, le râle a totalement cessé, et tous les autres symptômes suivent une période décroissante; pouls normal.

Prescription : eau gommée, looch blanc, un lavement laxatif (la malade n'ayant pas été à la selle depuis qu'elle est alitée), quelques cuillerées de bouillon coupé.

Le 3, les voies respiratoires sont en bon état, le sommeil de la nuit a été tranquille et prolongé, le lavement laxatif a produit deux selles; le mieux continue.

Prescription : même tisane, looch blanc, bouillon.

Le 4, même état, même prescription.

Dans la nuit du 4 au 5, la malade étant en moiteur s'est beaucoup agitée, et la moiteur a cessé subitement;

aussi le matin, observâmes-nous, M. Chevallier et moi, le retour des symptômes alarmants : la respiration était difficile, l'expectoration supprimée, et le râle muqueux avait reparu ; le pouls était redevenu petit et irrégulier ; enfin tout nous faisait craindre une terminaison fâcheuse. Toutefois nous eûmes, quoique en désespoir de cause, de nouveau recours à la potion émétisée (avec neuf grains), et nous fûmes assez heureux pour obtenir un résultat aussi favorable qu'inespéré, car, dès le 6 au matin, l'effet de ce moyen était déjà marqué, et le 7 tous les symptômes inquiétants avaient cessé complétement. Ainsi une pleuro-pneumonite aiguë, qui n'a pu que tardivement être combattue par des moyens rationnels, est arrivée au *summum* de gravité, et néanmoins a cédé par deux fois devant l'emploi de l'émétique à haute dose. Cette double victoire parle assez haut en faveur de ce médicament énergique, et doit encourager les praticiens à recourir à ce moyen, toutes les fois que les antiphlogistiques n'auront pu arrêter la marche toujours rapide des inflammations franches des organes pulmonaires, et lors même que le râle muqueux se ferait entendre.

Je ne puis terminer cette observation de médecine pratique sans dire deux mots d'une affection occasionnée, selon moi, par l'émétique donné à haute dose, et qui est venue, après tout danger passé, enrayer la marche de la convalescence : je veux parler d'une inflammation ulcéro-membraneuse qui s'est développée sur la presque totalité de la membrane muqueuse qui revêt les amygdales, le palais, la luette, le pharynx et la face supérieure de la langue, et qui, bien que tenace, a cédé à l'emploi de gargarismes chlorurés.

Observation d'une gastro-céphalite grave suivie de mutisme. — Par M. Quotard, d.-m. à Poitiers.

Mademoiselle J... âgée de 22 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, très-bien réglée depuis l'âge de quinze ans, fut réveillée tout-à-coup, dans la nuit du 2 au 3 mars dernier, par de violentes douleurs à l'épigastre, accompagnées de vomissements dans lesquels se trouvaient des aliments non digérés. La malade étant seule dans sa chambre voulut se lever pour se faire de l'eau sucrée ; mais les forces lui manquant, elle tomba évanouie sur le carreau, où elle resta jusqu'à six heures du matin ; sa mère la trouva gisante à côté de son lit et sans connaissance. Je fus aussitôt appelé ; je m'empressai d'employer les moyens propres à tirer la malade de cet état d'anéantissement qui avait jeté l'effroi parmi les personnes qui l'entouraient. Je la fis placer dans un lit bien chaud ; je fis des frictions sèches et chaudes sur le corps, et peu à peu la peau, qui était décolorée, s'anima, les yeux de la malade s'ouvrirent et manifestèrent son étonnement de voir autant de personnes autour d'elle. Je lui administrai de suite une infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger : cette boisson chaude parut lui faire beaucoup de bien, et dès ce moment je pus obtenir des renseignements sur ce qu'elle avait éprouvé. Elle me dit que la veille elle avait été vivement contrariée, et que c'était sans doute à cette contrariété qu'elle devait son indigestion ; que vers les quatre heures du matin, voulant prendre de l'eau sur un meuble non loin de son lit, elle vomit beaucoup et

tomba évanouie. Elle était donc restée deux heures dans un état voisin de la mort.

Peu après il s'opéra une réaction, et les symptômes que j'observai furent les suivants : peau sèche et brûlante, pouls dur, plein, fréquent, pulsations régulières, douleur frontale très-vive, faciès décoloré, langue très-rouge à la pointe et sur les bords, base de la langue jaune, épigastre très-douloureux, impossibilité d'y toucher sans occasionner des plaintes, ventre tendu, contenant beaucoup de gaz, difficulté d'uriner, idées nettes, la malade répond parfaitement à mes questions, déglutition facile.

Prescription : quelques tasses d'infusion de fleurs de tilleul et de feuilles d'oranger, solution de gomme, trente sangsues sur l'épigastre, cataplasmes émollients sur l'abdomen, diète absolue.

A ma visite du soir, amélioration notable du côté des voies digestives ; le sang avait abondamment coulé pendant six heures, il y avait eu deux selles liquides et infectes, les urines avaient été rendues avec facilité mais en petite quantité, épigastre moins douloureux, abdomen souple et point impressionnable au toucher. Mais, en même temps que le tube digestif s'améliorait, la tête se prit d'une manière effrayante ; car, dans le court intervalle qu'il y eut entre mes deux visites, les symptômes suivants se manifestèrent du côté du cerveau : délire sombre suivi d'état comateux, parole très-difficile et à peine intelligible, face injectée, pulsation des artères carotides et temporales très-visibles à l'œil, trismus, mouvements convulsifs des extrémités par moments, peau toujours sèche et brûlante.

Je pratiquai aussitôt une large saignée au bras, je fis

promener des cataplasmes sinapisés sur les extrémités inférieures ; je continuai, du reste, l'emploi des adoucissants, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Le 4, légère atténuation des symptômes cérébraux, malgré leur persistance ; seulement, absence de la parole et des fonctions de l'ouïe.

Prescription : vingt sangsues au siége, glace sur la tête, vésicatoires camphrés aux jambes, sinapismes aux pieds.

A ma visite du soir, j'aperçus une légère diminution dans les mouvements nerveux ; le trismus était moindre, et l'on put faire avaler quelques cuillerées d'eau gommée ; la face était beaucoup moins rouge, tout annonçait une détente générale ; en effet, dans la nuit il y eut une transpiration très-abondante.

Le 5, les phénomènes morbides qui m'avaient donné de si grandes inquiétudes avaient fait place à un état plus satisfaisant. Plus de somnolence ni de délire, la malade reconnaît les personnes qui lui donnent des soins, la face est pâle, le trismus a cessé, la langue n'est plus rouge, mais elle ne peut exécuter aucun mouvement ; absence de la parole, la malade entend bien et répond par signes aux questions qu'on lui adresse ; le pouls n'est plus fébrile, la peau est douce, halitueuse, les urines sont abondantes et point colorées ; en somme, le mieux est des plus notables. Toutefois, deux symptômes graves existent encore, je veux parler de la perte de la parole et de l'impossibilité absolue de mouvoir la langue.

Pour combattre cette mutité, je fis appliquer un vésicatoire à la nuque, je prescrivis des frictions à la partie antérieure du cou avec la pommade d'anthéric, des pédiluves sinapisés et des gargarismes astringents.

Le 6, continuation de la mutité, la malade répond toujours par signes ; faiblesse générale, douleurs vagues dans les membres ; à part cela, le mieux va croissant d'une manière aussi rapide que l'affection morbide était venue.

Prescription : limonade cuite, frictions stibiées, gargarismes astringents, un peu de bouillon.

Les 7 et 8, même état ; continuation des moyens thérapeutiques précités ; quelques aliments légers.

Le 9, apparition de pustules à la partie antérieure du cou résultant de l'usage de la pommade avec le tartre stibié : suspension de l'emploi de ce médicament, pédiluves sinapisés ; le vésicatoire de la nuque rend beaucoup et occasionne de très-vives douleurs. Aliments légers.

Du 9 au 15, mêmes prescriptions, même régime.

Le 16, apparition des menstrues, suspension de toute médication. L'écoulement menstruel dure six jours, il est très-abondant ; les forces de la malade reviennent, elle mange et dort bien, reste levée toute la journée sans la moindre fatigue ; mais toujours absence totale de la parole et impossibilité de mouvoir la langue.

Du 22 au 30 mars, je prescrivis alternativement des pédiluves sinapisés, quelques légers dérivatifs sur le bout inférieur de l'intestin, mais sans aucun succès.

Le 31, j'appliquai sous les apophyses mastoïdiennes des compresses imbibées d'ammoniaque liquide pur, six minutes après j'eus deux grosses vésicules remplies de sérosité ; j'espérais que l'action prompte de cet irritant diffusible amènerait quelque changement favorable. La douleur que ce médicament occasionna fut manifestée par des signes non équivoques, mais sans obtenir de la malade la moindre syllabe. Je la quittai le cœur navré,

car je prenais intérêt à son état ; mais le soir on m'envoya dire que la parole était revenue tout d'un coup, et qu'un tremble nerveux d'une demi-heure lui avait succédé. Je m'empressai d'aller auprès de mademoiselle J... , et je reçus de sa bouche les remercîments des bons soins que je lui avais donnés. Elle attribua le tremble nerveux qu'elle avait éprouvé au saisissement qu'elle eut de s'entendre parler. Au surplus, les mouvements de la langue étaient aussi faciles que par le passé. Depuis ce temps, la parole est restée libre comme si la langue n'eût jamais été atteinte de paralysie, et mademoiselle J.... se porte à merveille.

Conclusions.

Un cas de mutité a eu lieu à la suite d'une gastro-céphalite aiguë des plus graves.

Cette mutité avait-elle pour cause une paralysie des muscles intrinsèques du larynx? Je crois pouvoir dire non. Dépendait-elle de la paralysie de la couche musculaire du pharynx et de l'œsophage ? Je puis encore dire non ; car, dans ce cas, il y aurait eu impossibilité d'avaler, tandis qu'il n'y a eu qu'une légère difficulté, et encore pendant trois jours seulement.

Est-ce un épanchement dans les lobules antérieurs du cerveau qui a produit cette paralysie ? Je ne le pense pas, quoi qu'en dise M. Bouillaud, et je crois plutôt, avec MM. Andral et Lallemand, que la paralysie de la langue que j'ai observée chez la demoiselle J.... était due à une lésion des lobules moyens du cerveau, ou à un ramollissement de la substance blanche du lobe gauche du cervelet.

Quelle que fût, du reste, la portion de l'organe encé-

phalique lésée, toujours est-il que la huitième paire de nerfs, que la branche glosso-pharyngienne de la neuvième paire et la branche linguale du nerf maxillaire inférieur ont été paralysées, que la perte de la parole en a été le résultat, et que ce n'est qu'après un mois d'un traitement très-actif que la malade a recouvré la faculté de parler.

Observation de glossite. — Par M. Quotard, d.-m. à Poitiers.

Le sieur B..., âgé de 22 ans, d'une forte constitution, d'un tempérament éminemment sanguin, arriva à Poitiers le 2 février 1837, au soir. Placé sur l'impériale de la voiture, il y avait éprouvé un froid tel, que ses membres en étaient engourdis, et sans l'aide de deux de ses camarades, il lui eût été fort difficile d'en descendre. Néanmoins, une fois les pieds sur le sol, il prétendit qu'il n'avait pas froid, que les rigueurs de la température ne pouvaient rien sur lui; et comme ses camarades le plaisantaient, il fit le pari de manger un morceau de glace gros comme le poing. En effet, la glace fut mangée et le pari gagné; mais peu après le malheureux fut pris de frissons insupportables, de douleurs très-vives au creux de l'estomac, accompagnées d'une sensation semblable à celle qu'aurait pu produire l'application des réfrigérants sur cette région. Dans l'espoir de faire cesser promptement cet état, on lui fit avaler une rasade d'eau-de-vie; mais comme les souffrances ne diminuèrent pas, on lui en donna encore une demi-ver-

rée une heure après ; une ivresse effrayante s'ensuivit, et ce fut alors que je fus appelé. Je trouvai ce malheureux ivre-mort ; il était d'un froid de glace, bien que près d'un bon feu ; je le fis placer dans un lit chaud, je fis faire des frictions sèches et chaudes sur toute l'économie, je fis appliquer des cataplasmes émollients sur l'épigastre et aux pieds ; les mâchoires étant contractées, je ne pus rien lui faire avaler, mais je conseillai une infusion de tilleul pour le cas où l'on pourrait en faire usage. La nuit se passa pour le malade dans un état complet de torpeur, et le lendemain, à son réveil, il exprima par signes, car il ne put parler, un étonnement extrême quand on lui eut raconté ce qui s'était passé la veille ; il n'en avait aucune connaissance. A ma visite, je fus frappé de l'aspect que m'offrit sa figure : les joues étaient gonflées comme celles d'un homme qui soufflerait avec force dans une trompette ; les mâchoires étaient écartées, et la langue, qui les dépassait d'environ un pouce, ne pouvait être retirée ; les commissures des lèvres étaient tendues au point que l'on aurait cru qu'elles allaient se déchirer ; ainsi la langue, dont le volume avait considérablement augmenté dans toutes ses dimensions, faisait l'office d'un coin qui enflait les joues autant que faire se pouvait et s'opposait au rapprochement des arcades dentaires. Il fut évident pour moi que j'avais à combattre une *glossite franchement inflammatoire* ; le malade n'éprouvait aucune espèce de douleur à l'estomac et n'avait point de mouvement fébrile. Je prescrivis l'application de deux sangsues sous la langue, mais il ne voulut pas y consentir, non plus qu'à l'ouverture de l'une des veines ranines ; je me contentai de lui faire prendre des bains locaux avec du lait tiède ; toutefois, ce moyen étant insuffisant pour

détruire l'inflammation de la langue, j'engageai le malade à ne pas retarder l'application des sangsues, s'il ne survenait aucune diminution dans le délai de deux heures. Ainsi que je l'avais prévu, ce temps s'écoula sans modification, et deux grosses sangsues furent appliquées à la face inférieure de cet organe, une de chaque côté du frein. Une grande quantité de sang sortit de ces piqûres; ce fut une véritable hémorrhagie, car je fus obligé d'en arrêter l'écoulement en cautérisant avec un stylet rougi à blanc; mais aussi cette copieuse saignée dégorgea tellement la langue, que, vers le soir, le malade put articuler quelques mots; les joues étaient ramollies, moins tendues, et les mâchoires pouvaient s'appuyer l'une sur l'autre, l'organe glossien étant rentré dans ses limites naturelles.

Le lendemain, troisième jour de la maladie, le mieux était encore plus manifeste, les joues avaient repris leur état normal, la langue était moins volumineuse, ses mouvements plus libres, et la déglutition, qui d'impossible d'abord était devenue difficile, se faisait alors librement. Je permis au malade des potages, et ma prescription se borna à une solution de gomme pour tisane et la continuation des bains locaux émollients.

Le quatrième jour, le malade n'avait plus le moindre symptôme de glossite; il était parfaitement guéri.

Observation d'angine couenneuse suivie de mort, et présentation d'un tube membraneux d'environ sept pouces de long, sorti 17 heures avant le décès. — Par M. Quotard, d.-m. à Poitiers.

Mademoiselle Augustine R... âgée de 23 ans, d'une

bonne constitution, d'un tempérament éminemment sanguin, et jouissant habituellement d'une parfaite santé, éprouva le 21 août de la douleur dans la gorge, de la difficulté pour avaler et une modification dans la voix; mais, confiante dans sa bonne santé ordinaire, elle fit fort peu d'attention à son mal et se contenta d'employer quelques adoucissants qui lui furent obligeamment conseillés; toutefois, les symptômes ci-dessus ayant considérablement augmenté dans la nuit, je fus appelé le 22. Voici ce que j'observai : d'abord je fus frappé du son de sa voix qui sortait avec peine et comme à travers de la bouillie, le visage était fortement injecté, la sécrétion de la membrane de Schneider était augmentée et s'écoulait abondamment par l'ouverture antérieure des fosses nasales; la peau était moite et peu chaude, le pouls était fort, fréquent, irrégulier. Examen fait de l'habitude du corps, je portai mon investigation là où était le siége du mal, et je fus douloureusement affecté de voir une angine couenneuse des plus graves; en effet, les amygdales, la luette, les piliers et le voile du palais, ainsi que la partie postérieure du pharynx, tout était recouvert d'une membrane couenneuse; les glandes amygdales avaient un volume tel, qu'elles touchaient à la luette et qu'un très-petit passage existait à la partie inférieure de la tonsille, aussi la déglutition était-elle extraordinairement difficile; néanmoins, l'acte respiratoire se faisait assez librement, et les organes bronchiques et pulmonaires paraissaient être à l'état normal.

Une médecine active me parut d'une urgente exécution; aussi, tenant compte de la prédisposition du sujet aux maladies inflammatoires, de la forte coloration de la face, je crus devoir faire appliquer vingt sangsues au

cou, et prescrire un pédiluve sinapisé; je cautérisai la fausse membrane qui tapissait toute l'arrière-bouche avec le nitrate d'argent solide, à l'aide de l'instrument que j'ai inventé pour ces sortes d'opérations; et je conseillai l'usage d'une tisane adoucissante et mucilagineuse.

A ma visite du soir, la malade éprouvait un léger soulagement, l'écoulement du sang avait à peu près rendu à la figure sa couleur naturelle, il y avait dans la voix quelque chose de plus favorable, et la déglutition, bien que très-difficile, l'était pourtant un peu moins qu'avant la cautérisation; la gorge présentait çà et là, mais surtout au voile du palais et aux amygdales, des portions de la fausse membrane qui se détachaient. J'opérai une seconde cautérisation, et j'amenai avec mon instrument bon nombre desdits lambeaux; je prescrivis la continuation de la tisane, un second pédiluve sinapisé, des cataplasmes émollients autour du cou, et un gargarisme adoucissant.

Dans la nuit du 22 au 23, sommeil presque nul, un peu de transpiration, exputation de portions membraneuses à l'aide du gargarisme, déglutition plus facile.

Le 23 au matin, la malade paraissait un peu mieux, son moral s'était un peu relevé, la luette était un peu moins volumineuse et dégarnie en entier de fausse membrane; les amygdales elles-mêmes étaient moins grosses et laissaient voir dans plusieurs points la membrane muqueuse qui les tapisse à l'état normal; ces glandes n'étaient plus accolées contre les bords de la luette, et laissaient mieux voir la partie postérieure du pharynx, qui présentait aussi des points assez larges sans fausse membrane; la malade avalait mieux. Cette amélioration,

quoique réelle eu égard au siége primitif de la maladie, n'en était pas une pour la malade; car je remarquai un symptôme qui me donna de sérieuses inquiétudes : les organes broncho-pulmonaires, qui jusque-là avaient parfaitement rempli leurs fonctions, paraissaient vouloir se prendre; la respiration était un peu gênée, et le passage de l'air produisait un bruit analogue à celui qui résulterait d'un mouvement ascendant et descendant de mucosités dans les canaux bronchiques.

Je pensai devoir agir par analogie comme dans le croup (car ces deux affections offrent, selon moi, beaucoup de ressemblance); je prescrivis une potion vomitive à prendre par cuillerée à bouche tous les quarts d'heure, afin d'obtenir plusieurs vomissements; je cautérisai les parties couenneuses visibles à l'œil, et j'enlevai avec des pinces à anneaux des portions très-épaisses de cette couenne. La potion vomitive donna lieu à des vomissements qui entraînèrent plusieurs portions de fausse membrane et une certaine quantité de mucosités; elle occasionna aussi deux selles. Je vis la malade plusieurs fois dans la journée; et à ma dernière visite du soir, il y avait dans son état, quoique toujours très-grave, un léger amendement, car la respiration, objet de toute mon attention, se faisait alors assez bien.

Je conseillai un gargarisme aluminé, un pédiluve sinapisé, un looch blanc et la même tisane.

Le 24, l'apparence de mieux de la veille n'existe plus, l'air n'arrive dans les poumons qu'avec peine, la respiration est sifflante, il y a menace de suffocation, la malade fait de constants efforts pour se débarrasser de ce qui obstrue le passage de l'air, un bruissement râleux se fait entendre dans les voies aériennes, la gorge est presque

en entier dégagée et la déglutition très-facile, le pouls est petit, concentré, peu fréquent, la peau constamment couverte d'une moiteur froide, urines rares, agitation extrême, insomnie.

Prescription : potion vomitive, gargarisme avec l'alun, cataplasmes sinapisés promenés sur les extrémités inférieures, application d'un vésicatoire sur la partie antérieure et supérieure du thorax, à partir d'une clavicule à l'autre, looch blanc.

Je vis plusieurs fois la malade dans la journée du 24, je la trouvai toujours en proie à une agitation excessive et menacée à chaque instant de suffocation ; la potion vomitive ne put faire vomir, elle occasionna seulement trois selles diarrhéiques ; apparition des menstrues, bien qu'il n'y eût que quinze jours que l'époque en fût passée ; elle perdait beaucoup. Cette circonstance me fit renoncer aux émétiques ; je continuai toutefois l'emploi des cataplasmes sinapisés de la même manière, ainsi que le gargarisme, la tisane et le looch.

La nuit du 24 au 25 fut très-pénible pour la malade ; elle m'envoya chercher vers les deux heures du matin, et je la trouvai dans un état pire que la veille. L'asphyxie était imminente, et l'air, pour arriver aux bronches, comme pour en sortir, faisait un bruit effrayant : c'était la respiration croupale peu avant la mort.

Je fis appliquer un long vésicatoire à partir de la nuque, le long de la colonne épinière, jusque vers la partie inférieure du scapulum ; je revins à la potion vomitive, quoique les menstrues donnassent abondamment ; je prescrivis de faire des frictions toutes les heures, tantôt à la partie interne des jambes, tantôt à la partie interne

des cuisses, avec l'onguent napolitain, à la dose d'un gros par friction ; je fis appliquer des sinapismes aux pieds. Ces moyens ne diminuèrent en rien l'état de gravité de la malade, et la potion émétisée ne produisit aucun effet.

La journée du 25 fut très-mauvaise, la suffocation incessante, l'agitation continuelle, le pouls petit, serré, de plus en plus irrégulier, enfin tout faisait présager une mort prochaine. L'écoulement des menstrues est toujours abondant. La malade étant sous l'influence de moyens très-actifs, je bornai ma prescription à l'emploi des adoucissants, du gargarisme avec l'alun, et des frictions mercurielles.

Le 26, l'angine couenneuse a fait des progrès extrêmes vers la trachée et vers les bronches, la respiration offre toujours le même caractère que dessus, l'air pénètre très-difficilement dans les bronches ; le cou est devenu d'une grosseur surprenante, il a acquis deux fois le volume de ce qu'il était avant la maladie ; la partie supérieure de la poitrine elle-même paraît bombée. La face est gonflée, les lèvres sont violacées, les paupières inférieures présentent une teinte livide ; la malade porte sans cesse la main au cou comme pour témoigner la gêne qu'elle y éprouve ; agitation croissante, point de fièvre, le pouls est d'une petitesse et d'une concentration extraordinaires ; une moiteur froide survient de temps en temps.

Je prescrivis d'irriter les vésicatoires, l'application réitérée de sinapismes très-actifs sur les extrémités inférieures, la continuation des frictions mercurielles ; des fumigations émollientes furent dirigées dans la gorge à

l'aide d'un tube placé dans la bouche, et je fis mettre auprès de la malade des plats contenant une décoction émolliente à l'état d'évaporation.

A onze heures du matin, il y eut une crise terrible : la face devint toute livide, les yeux étaient injectés et presque sortis de leur orbite, la bouche était béante, et la langue, qui était plus volumineuse que de coutume, était noirâtre et dépassait les arcades dentaires; la malade, sur le point d'asphyxier, sentit quelque chose de mobile dans l'arrière-bouche; elle eut le courage d'y enfoncer les doigts; elle put saisir ce corps, et l'entraîna au dehors avec beaucoup de peine; peu s'en fallut qu'elle n'étouffât dans ce moment. Ce qu'elle eut l'énergie de tirer ainsi de sa gorge était un tube membraneux, ouvert dans quelques points, et long d'environ sept pouces; la fausse membrane dont ce tube est composé est très-dense et assez épaisse. Ce tube membraneux sorti, la malade éprouva un spasme nerveux qui dura près d'une demi-heure, mais la respiration était beaucoup plus libre. On m'envoya chercher pour m'apprendre au plus tôt l'événement heureux qui lui était arrivé, après avoir failli périr; en effet, il y avait alors plus de sérénité dans les traits, le pouls avait pris un peu de développement; il y avait moins d'étouffement, moins d'agitation, et la lividité des lèvres et des paupières inférieures n'existait presque plus; seulement le faciès portait l'empreinte d'une récente et cruelle souffrance, il y avait de la pâleur, le cou n'avait pas diminué de volume. J'auscultai la partie supérieure de la poitrine, et je me convainquis que le tube membraneux qui était sorti venait du côté droit, car l'air y pénétrait librement, tandis qu'à gauche le même obstacle existait toujours. D'après

cet examen, je ne fus pas aussi rassuré que la malade sur son état, car je dus nécessairement penser que les voies aériennes du côté gauche étaient profondément envahies. Au reste, n'y avait-il pas à craindre que de nouvelles fausses membranes se développassent dans la trachée et aussi dans les bronches du côté droit ?

Je conseillai de continuer les fumigations émollientes et les frictions mercurielles.

Le soir à dix heures, le mieux du matin, résultant de la sortie du tube membraneux, a cessé; la respiration est de nouveau plus difficile, le côté droit s'est repris, et l'air éprouve, pour y pénétrer, les mêmes difficultés que précédemment ; la teinte livide est générale sur la face, le pouls est d'une petitesse telle qu'à peine si on le sent sous les doigts; tout fait présager une mort prochaine.

Je prescrivis l'application de cataplasmes sinapisés promenés sur les membres abdominaux. Je ne crus pas, malgré l'imminence instantanée de la mort, devoir pratiquer la trachéotomie, parce que l'affection couenneuse ayant gagné les bronches d'une manière très-profonde, je pensai que cette opération, au lieu d'être couronnée de succès, ne ferait que hâter le moment du décès.

La nuit fut très-pénible pour la malade, qui mourut le 27, à quatre heures du matin; il ne m'a pas été possible de faire l'autopsie.

Observation sur une maladie de poitrine très-intense, produite par la suppression presque subite d'un écoulement gonorrhique, guérie par la réapparition de cet écoulement. — Par M. Abribat, d.-m. à Poitiers.

Un jeune homme de 23 ans, doué d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, contracta, le 10 juillet 1835, une blennorrhagie qui se déclara le 14. Il parla de son accident à un militaire de ses amis, qui lui promit prompte guérison ; en conséquence, il lui fit prendre pendant trois jours quatre injections, par 24 heures, faites avec l'acétate de plomb étendu. Le quatrième jour au matin, le malade, n'éprouvant aucun des symptômes qu'il avait auparavant, se crut guéri. En effet, l'écoulement avait complétement disparu ; les érections n'étaient plus douloureuses, les urines coulaient facilement et sans occasionner la moindre impression pénible. Il était au comble de la joie, et se disposait à rentrer, sous peu de jours, dans sa famille, lorsque le 24, au matin, il se plaignit d'une gêne dans la respiration, d'une toux fréquente et sèche. Il garda le lit toute la journée, fit diète et se mit à l'usage de la tisane d'orge miellée. La nuit fut très-agitée ; tous les symptômes dont nous venons de parler prirent de l'intensité, surtout la difficulté de respirer et la toux, qui amena quelques crachats verdâtres, mêlés de quelque strie de sang, et qui, au dire du malade, lui brûlaient l'arrière-bouche par leur passage. A cet état vint s'adjoindre une vive douleur du thorax. Le 25 au matin, on me fit appeler. Je trouvai le malade dans l'état suivant : couché en supination, la face rouge et animée, surtout à la région

des pommettes ; douleur de tête gravative, les yeux injectés et brillants, rougeur et douleur dans l'arrière-bouche ; la douleur se prolongeait jusque dans la poitrine, mais elle était bien plus vive du côté gauche que dans tout le reste de cette cavité ; la langue rouge à la pointe et sur les bords, le milieu recouvert d'une légère couche blanchâtre. La dyspnée était si forte, que le malade demanda qu'on lui plaçât plusieurs coussins derrière le dos, pour être dans son lit presque assis ; la toux, très-fréquente et douloureuse, amenait de temps en temps quelques crachats en tout semblables à ceux dont nous avons déjà parlé ; la parole était brève et fatiguait beaucoup le malade. Le pouls était dur, plein, fréquent et rénitent, la soif très-intense.

Craignant de fatiguer le malade par de trop nombreuses questions, et croyant d'ailleurs avoir à traiter une péripneumonie très-violente, je pratiquai une large saignée, je mis le malade à la diète la plus rigoureuse et à l'usage de la tisane d'orge gommée ; un demi-looch blanc fut administré par cuillerées, chaque deux heures. A ma visite du soir, les symptômes avaient conservé à peu près la même violence ; le pouls était un peu plus mou et l'expectoration un peu plus abondante. Je rouvris la veine et tirai encore au moins douze onces de sang. Même prescription ; de plus, un julep calmant. La nuit fut moins agitée que la précédente ; le malade dormit à peu près une heure et demie en différentes fois. La toux avait un peu diminué ; l'expectoration était un peu plus abondante, mais conservait toujours les mêmes caractères. Les douleurs étaient dans le même état ; la respiration moins pénible.

Sur quelques questions que je fis au malade, il me

raconta l'accident qui lui était arrivé, et le traitement qu'il avait employé pour le faire disparaître. Pensant alors que cet appareil effrayant de symptômes qui menaçait ses jours dépendait de la suppression trop prompte de l'écoulement dont il a été question, je n'hésitai pas à porter toutes mes vues vers les parties génitales. Leur exploration me les montra dans l'état normal. Me rappelant alors les grands avantages que Swédiaur avait retirés de l'emploi de l'ammoniaque pour faire reparaître ces écoulements, je jetai de l'ammoniaque liquide dans une verrée d'eau, jusqu'à ce que la mixture fût assez piquante pour produire le degré d'irritation que je désirais. Alors je poussai une injection dans le canal, en ayant le soin de comprimer la racine de la verge pour empêcher le liquide de pénétrer dans la vessie; je pressai le bout du gland, pour l'empêcher de sortir avant qu'il eût produit un certain degré d'irritation. Au bout de quelques secondes, des picotements assez vifs se firent sentir, et une minute au plus s'était écoulée, lorsque le malade éprouva une douleur si forte, que je crus devoir laisser échapper le liquide. Dans la journée, il eut de fréquentes envies d'uriner, il sortit même quelque peu d'urine qui faisait tellement souffrir le malade, qu'il nous dit qu'il lui semblait que du plomb fondu traversait le canal. Cela ne m'empêcha pas, vers les six heures du soir, de réitérer l'injection, qui ne fut supportée qu'une demi-minute. Même état de la poitrine, même prescription. A dix heures du soir, le malade ressentait de vives douleurs à la verge; les érections étaient fréquentes et presque insupportables. Je lui fis administrer une injection composée d'une décoction de graine de lin et d'une tête de pavot. Même

looch pour la nuit, qui fut mauvaise; il n'y eut point de sommeil. Le matin, vers les 4 heures, M. X. éprouva de vives démangeaisons au bout du gland, il y porta la main, et le trouva un peu humide. A six heures, je fus le voir; je trouvai la respiration et la parole plus faciles; la toux et la douleur avaient un peu diminué, la première surtout. La verge était rouge et gonflée; je vis avec plaisir sortir, par la pression, une liqueur visqueuse et transparente; cependant, comme M. X. souffrait beaucoup, je lui fis une seconde injection avec la même décoction. Le soir, l'écoulement avait augmenté, et les accidents de la poitrine et de la gorge diminué. L'écoulement augmenta jusqu'au 31 juillet, et à mesure qu'il faisait des progrès, les accidents fâcheux de la bouche et du thorax se calmaient, de telle sorte que le 1er août ils avaient complétement disparu. Il nous resta alors une simple gonorrhée, que nous avons traitée par les moyens ordinaires. Le 22 du même mois, M. X. est parti pour se rendre auprès de sa famille, parfaitemeut guéri.

OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DE L'ARTICULATION COXO-FÉMORALE. — Par M. GAILLARD, d.-m. à Poitiers.

PREMIÈRE PARTIE. — *Fractures du col du fémur.*

Quelques circonstances m'ayant fait apprécier toutes les difficultés qu'on éprouve dans le diagnostic des nombreuses affections dont l'articulation coxo-fémorale peut être le siége, j'ai été conduit à rassembler tous les faits de ce genre qui s'étaient présentés à mon observation : je les ai analysés et comparés entre eux, pensant qu'il

fallait embrasser du point de vue pratique toutes les affections qui atteignent l'articulation et les parties voisines, parce que les éléments d'un bon diagnostic sont dans le rapprochement des faits analogues. Ces affections sont fort nombreuses. On peut cependant établir quelques divisions principales.

1° *Lésions physiques.* — Fractures du col. — Décollement de l'épiphyse. — Fracture de la cavité cotyloïde et du bassin. — Luxations traumatiques.

2° *Lésions vitales.* — Inflammation aiguë. — Engorgement chronique. — Forme scrofuleuse. — Forme rhumatismale. — Contracture musculaire. — Carie. — Abcès consécutifs. — Luxations spontanées. — Ostéosarcome. — Ankylose. — Atrophie sénile.

3° *Difformités congénitales.* — Atrophie congénitale. — Paralysie. — Contracture. — Luxation congénitale.

J'entrerai en matière en parlant des fractures du col du fémur. Mes observations sont seulement au nombre de treize. Je les accompagnerai de quelques réflexions, sans avoir aucune idée de faire une histoire générale de ces affections.

1° *Quatre observations sur l'anatomie pathologique de la fracture.*

Observation Ire. — Fracture intra-capsulaire. — Épuisement. — Mort. — Écrasement du col du fémur. — Pivot. — Point de consolidation.

Rocher Gabrielle, âgée de 80 ans, tombe, le 28 janvier, de sa hauteur sur la région du grand trochanter. Le 8 février, on l'apporte à l'Hôtel-Dieu ; elle fait quelques pas dans la salle en s'appuyant sur un bras.

Le membre inférieur droit est tourné dans la rotation en dehors ; le talon droit se loge derrière la malléole gauche ; la cuisse droite, mesurée de l'épine iliaque antérieure à l'angle inférieur de la rotule, est de $0^m,035$ plus courte que la gauche. La malade ne peut élever le membre ; les mouvements que l'on imprime avec la main sont douloureux ; le grand trochanter semble déprimé ; il ne décrit point des arcs de cercle étendus. La malade est atteinte de nombreux rhumatismes ; on ne lui met aucun appareil ; elle s'affaiblit graduellement ; des escarres se forment au sacrum ; elle succombe le 12 mars, quarante-cinq jours après l'accident.

Autopsie. Le membre inférieur droit est renversé sur son côté externe ; il ne présente que $0^m,014$ de raccourcissement. On le ramène facilement à une bonne direction, mais il retombe promptement sur son côté externe ; les parties molles qui entourent l'articulation coxo-fémorale et la capsule fibreuse elle-même sont ecchymosées ; les ganglions inguinaux sont engorgés. L'intérieur de l'articulation est tapissé de fausses membranes qui ont la consistance du papier mouillé ; les surfaces articulaires sont rugueuses et inégales.

La fracture occupe la partie du col qui touche à la tête du fémur ; elle est oblique, de telle sorte qu'en haut et en dehors elle anticipe sur la tête de l'os, tandis qu'en bas il reste six lignes du col. Dans sa moitié supérieure, cette fracture communique avec l'articulation ; dans l'autre moitié, les deux fragments sont recouverts et réunis par la portion réfléchie de la capsule fibreuse. Le col du fémur, dans une étendue de $0^m,012$ (5 lignes), est broyé et réduit en un grand nombre d'esquilles qui entourent la fracture ; quelques-unes sont libres ; la

plupart adhèrent par des lambeaux de tissu fibreux. Du côté de la tête et au milieu de la surface fracturée, il existe un pivot angulaire de six à sept lignes (0,015^{m}) qui pénètre dans une cavité semblable placée au centre de la surface fracturée du col. Il n'existe d'ailleurs aucune apparence d'un travail de consolidation.

Nous noterons quatre circonstances importantes de cette observation :

1° C'est un exemple de cette fracture intra-capsulaire que la plupart des auteurs ont regardée comme n'étant pas susceptible de consolidation. Cette affection entraîne nécessairement la mort ou l'infirmité permanente du malade.

2° La destruction par écrasement d'une notable portion de l'os est une cause inévitable de raccourcissement.

3° L'engrènement des fragments permettait à la malade de s'appuyer un peu sur son membre.

4° Le raccourcissement était de 35^{m} pendant la vie à cause de la rétraction musculaire après la mort. Cette puissante cause venant à cesser, il s'est réduit à 15^{m}.

Ces faits s'ajoutent à ceux qu'ont publiés MM. Chasseignac, Cruveillier, etc., sur l'anatomie pathologique de ces fractures. (V. pl. I, fig. 1re.)

Obs. II. — Fracture du col du fémur. — Mort. — Déplacement presque nul. — Conservation des couches fibreuses qui enveloppent l'extrémité supérieure de l'os.

Lamboissart Cécile, âgée de 65 ans, maigre et décrépite, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 19 janvier 1829, pour une fracture du col du fémur gauche avec raccourcissement et rotation du membre en dehors. On

reconnaît, en outre, une hypertrophie du cœur et des troncs artériels qui se rendent aux membres inférieurs. Cette femme est placée dans l'appareil de M. Dupuytren; elle succombe à un épuisement graduel au bout de trente-cinq jours.

Autopsie. Les deux poumons sont emphysémateux; les petites bronches fortement dilatées. Le cœur a doublé de volume, ses orifices sont libres; l'aorte, les iliaques, les fémorales offrent un volume et une capacité plus que doubles de l'état normal; les parois sont saines.

Autour de l'articulation coxo-fémorale gauche, ecchymose du tissu cellulaire inter-musculaire.

Dans l'articulation une petite quantité de sérosité sanguinolente; les paquets synoviaux sont fortement injectés.

En examinant l'os fracturé, on est frappé de cette circonstance qu'à l'extérieur il n'y a aucune apparence de cal ni de séparation entre les fragments. Le col et le grand trochanter sont recouverts dans toute leur étendue d'une couche épaisse résistante, sans aucune saillie ni solution de continuité. On méconnaîtrait la fracture si la mobilité du col sur le grand trochanter et la direction transversale du col ne témoignaient pas de son existence. La direction transversale du col fracturé est surtout remarquable quand on la compare à l'angle obtus que forme en bas le col du fémur droit.

Une coupe faite dans l'extrémité du fémur, en suivant l'axe du col, démontre l'existence de la fracture; elle se trouve tout-à-fait à la base du col, à son union avec le grand trochanter; les fragments sont dans un rapport parfait. Les surfaces fracturées sont réunies par un tissu fibreux déjà résistant; le grand trochanter pré-

sente une cavité dans laquelle s'engrène l'extrémité fracturée du col du fémur.

Nous devons noter ici la conservation si complète de la couche fibreuse épaisse qui adhère à l'extrémité supérieure du fémur. Cette circonstance devait naturellement s'opposer à tout déplacement, et rendre la consolidation plus facile et plus prompte. Notons cependant qu'elle n'avait pas empêché un raccourcissement résultant d'un changement dans la direction du col de l'os.

Obs. III. — Fracture du fémur dans l'épaisseur du grand trochanter. — Apoplexie. — Mort. — Engrènement des fragments. — Consolidation.

Pouziou, de la commune de Chabournay, âgé de 68 ans, tombe, le 9 juillet, de quinze pieds de hauteur. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, et l'on reconnaît les symptômes suivants :

Le membre inférieur droit est raccourci de six lignes, il est couché sur son côté externe, il ne peut exécuter aucun mouvement spontané, et toutes les tentatives faites pour le mouvoir sont très-douloureuses ; il existe un gonflement considérable avec tension de la moitié supérieure de la cuisse ; on entend et on sent une forte crépitation. On perçoit la sensation d'une flexion anormale, trois pouces environ au-dessous du pli de l'aine. Les mouvements imprimés au genou ne répondent pas au grand trochanter, qui reste immobile dans sa position. — Diagnostic : fracture du fémur dans son quart supérieur. Le malade est placé sur le double plan incliné de M. Dupuytren, la cuisse est enveloppée d'un appareil amidonné, aucun accident ne se développe, et le malade marche vers la guérison, lorsque, le 3 septembre,

à quatre heures du soir, il est pris d'une perte de connaissance avec cessation des mouvements du bras gauche, conservation de la sensibilité et du mouvement de la jambe gauche, vomissements nombreux ; la nuit est laborieuse ; il succombe dans la matinée.

Autopsie. Toute la pie-mère, surtout celle de la base du cerveau, est infiltrée de sang ; l'hémisphère droit est converti en une cavité de quatre pouces de diamètre remplie de caillots de sang noir. Cette cavité hémorrhagique communique avec le ventricule latéral.

Le membre inférieur droit est légèrement incliné sur son côté externe ; il est raccourci de six lignes ; les parties voisines de l'articulation sont ecchymosées. La fracture occupe le corps de l'os à sa jonction avec le col et le grand trochanter ; elle s'étend même en arrière dans l'épaisseur du grand trochanter, dont elle emporte environ le tiers inférieur ; les fragments sont réunis solidement par du tissu fibreux, et même quelques productions osseuses accidentelles. Le fragment cotyloïdien a basculé de telle sorte qu'il forme inférieurement un angle aigu avec le corps de l'os. C'est une cause évidente de raccourcissement. En examinant la structure des fragments au moyen d'une coupe verticale, on remarque dans l'épaisseur du grand trochanter des cellules de 4, 8 et 10 millim. de diamètre. C'est bien l'altération nommée par les Anglais *cancellated structure*, disposition qui favorise l'écrasement de l'os. — Le fragment cotyloïdien est de plus incrusté de 20 millim. dans le fragment inférieur. Cette position maintient les fragments en rapport, et empêche tout déplacement ultérieur du corps de l'os qui est arc-bouté par le fragment cotyloïdien placé au-dessus de lui.

Le cartilage qui revêt la tête de l'os est, dans sa partie moyenne surtout, ramolli, facile à séparer de l'os. Le tissu osseux sous-jacent dans l'épaisseur de 15 millim. est fortement injecté ; sa couleur rouge foncé tranche avec la couleur blanche des autres parties osseuses. J'ai lieu de croire que cette affection constitue le premier degré de la maladie nommée *morbus coxæ senilis*. (Voy. pl. I, fig. 2.)

Obs. IV. — Fracture du col du fémur consolidée depuis onze ans. — Examen de l'os.

En 1827, Danny, horloger, âgé de 36 ans, tombe de sa hauteur sur un escalier. Il reste 22 mois sans marcher; puis des frictions aromatiques lui rendent l'usage de son membre. Néanmoins la cuisse droite reste couchée sur son côté externe, et plus courte que celle du côté opposé. Malgré cette infirmité, Danny se servait bien de son membre ; et, tout en boitant, il aurait pu faire plusieurs lieues. Le 5 septembre 1838, onze ans après l'accident, il succombe à une maladie de poitrine.

Autopsie. La jambe droite est un pouce et demi (0,042^{m}) plus courte que la gauche. — L'articulation coxo-fémorale est saine. — Le col du fémur est entouré d'un tissu fibreux bien plus épais que dans l'état ordinaire. — Après l'avoir nettoyé des parties molles qui y sont attachées, on remarque que le col du fémur est beaucoup plus épais que dans l'état ordinaire, qu'il est raccourci, incliné en bas au-dessous de la ligne horizontale. En avant, il est couvert de productions osseuses stalactiformes très-épaisses. En bas, un peu en avant du petit trochanter, il existe une production osseuse en

forme de colonne de 20 millim. de hauteur ; elle était destinée à s'arc-bouter contre le bassin, comme on l'a observé plusieurs fois. — En arrière, une échancrure verticale de 12 millim. de profondeur sépare le col du grand trochanter, et indique que la fracture n'a point été réunie en ce point. Au-dessus un épais ligament, qui contient un point osseux dans son épaisseur, s'étend du trochanter à la tête de l'os; à l'intérieur la fracture est indiquée par une ligne de tissu compact de 5 millim. d'épaisseur. — Le tissu de la tête de l'os offre quelques traces de *cancellated structure*. (V. pl. I, fig. 3.)

2° *Quatre observations de fractures guéries sans aucun traitement.*

Obs. V. — Fracture du col du fémur abandonnée à elle-même. — Guérison.

C., le 23 octobre 1837.

Monsieur et cher confrère,

Par votre lettre du 14 de ce mois, vous me demandez la relation de l'accident qui m'est arrivé, et à la suite duquel vous avez eu la bonté de m'aider de vos conseils. Je saisis avec empressement cette occasion de vous témoigner le désir que j'ai de faire quelque chose qui puisse vous être agréable.

Le 21 mars 1836, vers midi, je passais à cheval dans les rues de C. ; par suite de l'imprudence d'un de mes amis, mon cheval fit des bonds violents ; déjà désarçonné, je fus jeté en l'air, et je tombai sur le bassin, le buste un peu incliné du côté droit. Je n'éprouvai pas une

grande douleur en tombant, et je voulus me relever; mais alors il me fut impossible de fléchir la cuisse droite. On accourut bien vite à mon secours, et, appuyé sur les épaules de deux personnes, je me rendis dans une maison voisine. Mon oncle et confrère, V., vint peu de minutes après. On me déshabilla, et voici, autant que je puis me le rappeler, ce que nous observâmes. Tout le membre inférieur droit était engourdi; la pointe du pied ainsi que le genou étaient un peu tournés en dehors; le contact de la pointe du pied sur le sol occasionnait une vive douleur; je n'avais pas la perception exacte du toucher, et je croyais toujours mon pied beaucoup plus en dedans qu'il n'était réellement. Il m'était impossible de toucher le sol avec le talon, soit parce que déjà le membre avait été raccourci, soit parce que les muscles étaient fortement contractés. Une tuméfaction assez considérable existait sur toute la région de l'articulation coxo-fémorale; la tête du fémur paraissait avoir éprouvé une modification très-sensible, mais il était difficile de porter un diagnostic certain.

Après cet examen, je fus porté sur un fauteuil à mon domicile et placé dans mon lit sur un matelas bien horizontal et bien uni. On me fit une application de 25 à 30 sangsues qui saignèrent abondamment; des cataplasmes émollients furent maintenus pendant quelques jours. Mais vous savez, mon cher confrère, combien le système nerveux prédomine chez moi. Des spasmes ne tardèrent pas à se manifester dans la région articulaire; ces accès, dont la douleur était vraiment intolérable, se renouvelaient toutes les fois que mon attention était réveillée par la vue de quelque visiteur nouveau, ou lorsqu'il était nécessaire de me toucher pour me panser.

J'étais alors obligé d'attendre qu'ils fussent passés, et je parvenais à les contenir un peu en lisant. Ce moyen fort simple est sans contredit un de ceux qui ont apporté le plus de soulagement à mes souffrances.

Je ne m'arrêtai pas à l'idée de placer sur ma cuisse un appareil quel qu'il fût dans le but d'obtenir la réduction. Quelque fâcheux qu'eussent dû être les résultats, je ne pensais pas à employer des moyens que l'excitation nerveuse dans laquelle je me trouvais ne m'aurait pas permis de supporter; en conséquence j'abandonnai à la nature les suites de ma fracture, et je ne songeai qu'à combattre les spasmes qui me faisaient tant souffrir; et maintenant je m'en applaudis beaucoup, convaincu que je suis que j'aurais souffert davantage, et que les résultats n'auraient pas été meilleurs : j'employai donc les antispasmodiques et les opiacés à l'intérieur et en fomentations. Au moyen d'un sudatorium j'ai pris des bains de vapeur d'encens et de myrrhe, qui d'abord semblaient me calmer un peu; mais je fus obligé de les abandonner, parce que je ne les mettais jamais en usage sans éprouver d'indigestion.

Par l'emploi de moyens analogues et le temps aidant, je vis disparaître le gonflement de l'articulation, ainsi que la tympanite qui avait été produite par la même cause; mais il me restait toujours l'impossibilité de mouvoir le membre droit. Ce n'est qu'au bout de 25 à 30 jours que j'ai pu sortir du lit pour la première fois, et je crois que j'eus tort de céder en cela aux instances de mes amis. Si j'étais resté au lit quelques semaines de plus, je serais peut-être un peu moins boiteux. Peu après je me suis appris à me servir de béquilles que j'ai gardées pendant sept à huit mois; et aujourd'hui, vingt mois

après mon accident, voici dans quel état je me trouve.

Les os du bassin ne sont plus symétriques ; tout le côté droit s'est incliné en bas en subissant ainsi un léger mouvement de torsion. Par suite du changement de leur base de sustentation, les vertèbres ont dû également s'incliner à droite. Lorsque je suis couché sur un plan horizontal, le talon droit se loge dans la cavité qui existe à la face interne du calcanéum gauche ; dans cette position, le talon droit est seulement de 0,002 plus élevé que le gauche. En mesurant les deux membres inférieurs, passant sous la plante du pied et réunissant les deux extrémités du fil à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, je trouve pour cette double mesure une différence totale de 0,075, dont la moitié est 0,037, différence de longueur totale entre les deux membres.

Je me suis appliqué, dans cette relation, à répondre surtout aux questions que vous m'avez posées.

Recevez, mon cher confrère, etc.

Obs. VI. — Fracture du col du fémur. — Point de traitement. — Raccourcissement de 52 millimètres.

Marassé, postillon à Vivône, âgé de 45 ans, tombe le jour des Rameaux 1836, sous la berline du prince de Capoue ; il est étendu sur le côté de telle sorte que l'essieu de l'avant-train passe sur la région trochantérienne droite.

Douleur vive ; impossibilité de se relever. On le porte au lit ; il y reste deux mois et demi, puis il essaie à s'asseoir ; et continuant à éprouver des douleurs aiguës, il se fait transporter à l'Hôtel-Dieu de Poitiers. Du 5 juillet au 17, il reste sur le lit, puis il prend des bains ; les

douleurs diminuent ; le membre est plus solide ; il fait le tour de la salle avec un bâton ; il sort.

Le 13 décembre 1837, 21 mois après l'accident, Marassé se trouve dans l'état suivant : l'articulation est roide et douloureuse ; le malade ferait difficilement un quart de lieue en se reposant plusieurs fois ; le membre inférieur droit est un peu déjeté en dehors, il est raccourci de 0,042 m. (18 lignes) ; le grand trochanter droit est plus élevé, plus saillant que le gauche ; ses mouvements d'arc de cercle sont peu étendus ; les épines antérieures et supérieures de l'os des îles sont tout-à-fait sur la même ligne ; la colonne lombaire n'a point changé de direction.

Une semelle de bois épaisse d'un pouce (28 m.) et demi, placée sous le pied raccourci, soulage beaucoup le malade.

Obs. VII. — Fracture du col du fémur. — Point de traitement.

M. Lavergne, âgé de 60 ans, de Sauzé-Vaussais, tombe le 3 avril 1837 ; il reste trois semaines sur son lit ; puis se lève dans un fauteuil, et marche avec des béquilles au bout de trois mois.

Le 22 octobre 1837, six mois et demi après l'accident, le malade vient me trouver dans mon cabinet ; il se sert d'une béquille et d'un bâton, et fait d'assez longues courses.

Le genou et la pointe du pied droits sont fortement tournés en dehors, le talon droit est de 0,054 m. plus élevé que le gauche ; il se place derrière la malléole ; l'épine antérieure supérieure droite du bassin est de 5 m. (2 lignes) environ plus basse que la droite. Le membre infé-

rieur droit, mesuré avec soin, est de 58 m. (2 p. 1 l.) plus court que le gauche. Le grand trochanter gauche exécute des mouvements bien plus étendus que le droit; tous les mouvements sont douloureux, ils font entendre un bruit de crépitation. La cuisse droite est plus courte et plus volumineuse à sa partie supérieure que la gauche.

Ces observations répondent à cette question : Que deviennent les fractures du col du fémur quand on n'emploie aucun mode de traitement? Les malades finissent par guérir et marcher avec assez de facilité; mais, comme nous le verrons plus bas, le raccourcissement est moyennement plus étendu et la durée de la maladie plus considérable.

Obs. VIII. — Fracture du col du fémur. — Guérison sans traitement.

Le 6 novembre 1837, Jean Charretier, âgé de 74 ans, heurté par un bélier, tombe de sa hauteur sur le grand trochanter gauche. Il se relève seul, marche, se rend à sa maison dont il est peu éloigné, s'assied; mais il ne peut se relever, le membre inférieur gauche étant devenu incapable de le supporter. On met le malade au lit; il y reste jusqu'au mois de mars 1838, sans subir aucun traitement. A cette époque, il commence à se lever; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont difficiles et douloureux. Le membre abdominal gauche, mesuré au moyen d'une anse de fil, est de 33 millimètres plus court que celui du côté opposé. — Le grand trochanter est d'environ 20 millimètres plus rapproché de la crête iliaque que celui du côté opposé. Le pied gauche est incliné en dehors; le talon se place

naturellement au niveau de la malléole droite ; il est impossible au malade de faire toucher le gros orteil gauche au droit, si ce dernier ne quitte la ligne médiane pour aller au devant de l'orteil gauche. Les deux épines iliaques antérieures et supérieures sont de niveau.

Cette observation m'a été communiquée par M. le docteur Litardière.

3° *Deux observations sur le diagnostic des fractures du col du fémur.*

Obs. IX. — Fracture du col du fémur. — Point de raccourcissement. — Diagnostic incertain jusqu'au seizième jour.

Le 6 décembre 1825, une femme d'une cinquantaine d'années tombe de sa hauteur sur la région trochantérienne. Elle est apportée à l'hôpital Beaujon, et placée salle Sainte-Marthe, n° 41.

M. le professeur Marjolin examine avec beaucoup de soin la cuisse malade ; les mouvements que l'on imprime sont faciles dans tous les sens ; le grand trochanter décrit des arcs de cercle assez étendus ; il occupe sa place ordinaire ; le membre n'est ni déjeté en dehors ni raccourci ; seulement la pression détermine quelques douleurs dans l'articulation coxo-fémorale, et la malade ne peut, en aucune façon, soulever d'une seule pièce le membre malade, tandis qu'elle lève celui du côté opposé avec une grande facilité. La main du chirurgien, placée sous la cuisse malade, la soulève facilement. Cet état douteux persiste pendant plusieurs jours ; on tient la malade dans un repos complet ; des coussins sont placés sous le genou.

Le 22 décembre, 16 jours après l'accident, M. Mar-

jolin, en examinant le membre, s'aperçoit qu'il s'est raccourci d'environ ($0^m,028^m$) un pouce ; le pied s'est déjeté en dehors ; dès lors la fracture du col du fémur n'est plus douteuse. Repos parfait. Les deux membres inférieurs sont attachés solidement l'un à l'autre ; plusieurs coussins sont placés sous les deux genoux réunis.

Le même traitement est continué jusqu'au 8 février. Alors les jambes étant déliées, on remarque que la jambe offre une bonne direction, mais qu'elle est raccourcie d'environ un pouce ; la malade soulève le membre inférieur tout d'une pièce. 21 février, on enlève tout l'appareil ; 2 mars, la malade se lève ; 24 mars, elle sort de l'hôpital en bon état.

L'absence de tout raccourcissement rendait le diagnostic bien difficile. Un praticien expérimenté n'a pu l'établir qu'au seizième jour de l'accident. La *Gazette médicale* cite un fait identique.

Obs. X.—Contusion de l'articulation coxo-fémorale.—Raccourcissement précédent du membre. — Fausse apparence de fracture. (Morbus coxæ senilis.)

Jean Papaud, jardinier, âgé de 72 ans, a fait la guerre de la Vendée. Depuis il a bien des fois éprouvé du froid et de l'humidité dans les travaux de sa profession. A différentes époques il a ressenti des douleurs vives, sans gonflement ni inflammation, dans les membres inférieurs, surtout dans les articulations des hanches et des genoux. Il y a plus de vingt ans qu'il a commencé à boiter peu à peu sans avoir éprouvé d'accident. Il s'est aperçu que sa jambe gauche devenait plus courte que la droite. Cette différence était très-sensible au lit.

Le 2 décembre 1837, il fait une chute de sa hauteur sur la région du grand trochanter gauche ; il ne peut se relever. On l'apporte à l'Hôtel-Dieu. Deux médecins ont entendu la crépitation. Le membre est notablement raccourci, mais sans rotation en dehors ; le malade éprouve des douleurs vives dans la région de l'articulation ; il ne peut soulever le membre ; on le place sur un double plan incliné.

Le 10 janvier, trente-huit jours après l'accident, on enlève les coussins ; trois jours après, le membre est raccourci, mais le malade ne souffre plus ; il élève son membre très-facilement.

Le 26 janvier 1838, le membre inférieur gauche est dans une position naturelle, sans aucune rotation en dehors ; le talon gauche paraît $0^{m}035$ plus élevé que le droit. Le membre gauche mesuré avec soin de la plante du pied à l'épine iliaque antérieure et supérieure est de 0,35 environ plus court que le droit ; les deux épines iliaques sont tout-à-fait au même niveau. Le malade marche dans la salle et monte les escaliers de la maison sans béquilles. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont assez étendus sans douleur.

Ce malade offrait plusieurs des symptômes de la fracture du col, ce qui devait naturellement engager à prendre des précautions. Cependant je ne pense pas qu'il y ait eu solution de continuité de l'os, par les raisons suivantes :

1° Le membre ne s'est point renversé en dehors, ce qui arrive, pour ainsi dire, toujours à la suite des fractures du col ;

2° Quarante jours après l'accident, il a pu mouvoir son membre sans douleur, le soulever tout d'une pièce,

quelques jours plus tard marcher librement dans la salle. Or, il serait inouï qu'une fracture du col du fémur avec raccourcissement se fût consolidée d'une manière aussi complète chez un vieillard de 72 ans, dans moins de six semaines.

Divers auteurs, notamment *Bell* et *Smith*, citent des cas d'atrophie du col du fémur par cause rhumatismale. Cette atrophie, à laquelle ils ont donné le nom de *morbus coxæ senilis*, explique le raccourcissement du membre et la crépitation. Les autres symptômes appartiennent à une contusion grave de l'articulation coxo-fémorale.

La difficulté du diagnostic s'offre ici sous un point de vue tout différent; le raccourcissement du col fémoral coïncidant avec une contusion de l'articulation pouvait égarer l'observateur.

La *Gazette médicale* de 1835 rapporte un fait entièrement semblable à celui de Papaud. — Une femme âgée tombe sur le grand trochanter; on constate un raccourcissement d'un pouce; mais il est impossible de rendre au membre sa longueur naturelle. De plus, en interrogeant la malade, on s'assure que le raccourcissement et la claudication sont survenus peu à peu à la suite de douleurs dans l'articulation. Le médecin de l'hôpital de Richemond en conclut qu'il existait chez cette malade une atrophie lente de la tête du fémur.

La théorie seule m'avait porté à admettre l'affection nommée *morbus coxæ senilis* comme cause du raccourcissement qui existait chez le sieur *Papaud*, lorsqu'un heureux hasard a mis entre mes mains une pièce anatomique qui démontre d'une manière bien claire l'existence de cette lésion. On reconnaîtra dans cette description tous les caractères signalés par B. Bell.

Le cartilage qui tapisse la tête du fémur est disparu dans l'étendue de 35 à 40 mill.; une portion de cette surface est devenue éburnée, l'autre portion est poreuse et creusée de grandes cellules. — Le tissu osseux sous-jacent est converti, dans l'épaisseur de 15 mill., en vastes cavités séparées par de minces cloisons de tissu compact. On voit qu'un faible choc aurait déterminé la rupture de ce tissu caverneux, par suite, la destruction d'une partie notable de la tête de l'os et le raccourcissement du membre. Les progrès seuls de la maladie devaient au bout de quelque temps amener un résultat semblable. La nature semblait avoir pris ses précautions contre cet accident, en déposant un épais rebord osseux de nouvelle formation au pourtour de la tête de l'os. Nous noterons que toutes ces parties malades étaient fortement congestionnées de sang noir injecté dans toute l'épaisseur du tissu osseux. Nous noterons encore qu'une cavité du volume d'un pois existe dans l'épaisseur du grand trochanter.

Cet os malade n'est autre que le fémur gauche du nommé Pouziou, obs. III, chez lequel nous avons rencontré une fracture du fémur et une congestion très-intense dans le sommet de la tête du fémur. (V. pl. I, fig. 4.)

4° *Trois observations sur le traitement des fractures du col du fémur.*

Obs. XI. — Fracture du col du fémur. — Traitement de Dupuytren. — Guérison.

Le 20 juillet 1827, on apporte à l'hôpital Beaujon la femme Moulin, couturière, âgée de 65 ans; elle a fait une chute de sa hauteur sur le grand trochanter, et n'a

pu se relever. On reconnaît la fracture du col du fémur, et on la place dans l'appareil de Dupuytren le 30 septembre. Soixante-dix jours après l'accident elle se lève, prend de l'exercice et se dispose à sortir.

Obs. XII. — Fracture du col du fémur. — Traitement de Dupuytren. — Guérison.

Vrillet, âgé de 70 ans, encore vigoureux, tombe, le 13 août 1836, de sa hauteur sur le côté droit du bassin; il ne peut se relever; on l'apporte à l'Hôtel-Dieu, où l'on reconnaît une fracture du col du fémur avec raccourcissement très-considérable du membre, mobilité des fragments, etc. Le malade est couché sur un lit bien horizontal, le membre est placé sur un double plan incliné, suivant la méthode de M. Dupuytren. Vrillet reste 74 jours dans cette position; puis il se lève, commence à marcher, et sort de l'hôpital en janvier 1837. Le 23 janvier 1838, Vrillet jouit d'une parfaite santé; il se sert d'une béquille, mais tout en boitant il parcourt à pied du matin au soir la moitié de la ville. Le talon droit est de 34 mill. (15 l.) plus élevé que le gauche; la double mesure donne 42 mill. (18 l.) de moins à la cuisse droite; l'épine iliaque droite est d'environ 8 mill. (3 à 4 l.) plus basse que la gauche; le membre inférieur droit est tourné, dans la rotation, en dehors.

Obs. XIII. — Chute sur le pied. — Fracture du col du fémur. — Traitement de Dupuytren.—Raccourcissement considérable.— Inclinaison supplémentaire du bassin.

Ripault, cordonnier, âgé de 19 ans, tombe debout sur le pavé, d'une hauteur d'environ dix pieds; sa jambe gauche porte plus fortement que la droite, elle fléchit;

il se relève, retombe ; on le porte sur un lit. La pointe du pied est tournée en dehors, le membre raccourci de plus d'un pouce, le mouvement d'élévation impossible ; on diagnostique une fracture du col du fémur. Il reste cinquante jours sur le plan incliné de Dupuytren ; puis il marche avec des béquilles ; il guérit.

Deux ans après l'accident, le genou gauche et la pointe du pied sont tournés en dehors. Le malade étant couché sur un plan horizontal, le talon gauche s'élève de 0,005 mill. (2 l.) à peine au-dessus du droit ; cependant le membre inférieur gauche, mesuré de la plante du pied à l'épine iliaque, est de 0,048 mill. (21 l.) plus court que le droit. La fesse gauche est plus aplatie, le trochanter moins saillant ; le grand trochanter droit est distant de 0,138 mill. (5 p.) de l'épine iliaque antérieure, le grand trochanter gauche n'est distant que de 0,116 mill. (4 p. 3 l.) ; la demi-circonférence gauche du bassin est de 0,042 mill. (18 l.) plus courte que la droite.

L'épine antérieure est de 0,045 mill. (19 l.) plus basse que la droite, elle est aussi un peu tournée en arrière ; on voit que le bassin s'est fortement incliné du côté de la fracture pour compenser le raccourcissement du membre. La colonne vertébrale présente dans toute sa moitié inférieure une longue déviation de 14 mill. de rayon ; sa convexité est à gauche, elle favorise l'inclinaison du bassin. Lorsque le malade s'est tenu assis pendant quelques heures, le bassin reprend sa position horizontale, son inclinaison diminue, le membre se raccourcit, le malade boite davantage ; au contraire, quand il a marché pendant quelque temps, il marche mieux.

Nous ferons remarquer, à l'occasion de ce fait, la ten-

dance de la nature à réparer les dommages et à rétablir l'équilibre partout où il a été détruit : le membre inférieur se raccourcit, aussitôt le bassin s'incline de ce côté, la colonne vertébrale elle-même se courbe vers le point affaibli. Ces changements avantageux sont d'autant plus sensibles que le malade est plus jeune, les articulations plus souples et les tissus plus flexibles. On les rencontre au plus haut degré dans l'observation XIII, encore dans l'observation V, moins dans la VII ; ils n'existent plus dans l'observation VI, qui appartient à un individu adulte et robuste. Cette inclinaison supplémentaire du bassin, qui n'a été signalée par aucun auteur, tient évidemment à une action musculaire ; elle diminue quand le malade reste longtemps couché ou assis en équilibre sur les deux ischions. Nous avons vu une dame qui boitait légèrement depuis son enfance, éprouver un raccourcissement très-considérable du membre paralysé à la suite d'une attaque d'apoplexie. Cet accident ne pouvait être attribué qu'à une paralysie des muscles inclinateurs du bassin. *Guyenot* rapporte un fait qui présente entre autres circonstances curieuses, celle-ci :

La malade était atteinte d'une luxation du fémur ; sur la fin de la journée, la cuisse raccourcie s'allongeait considérablement ; mais la nuit ce mieux disparaissait.

(*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.*)

Ce phénomène, qui n'avait pu être expliqué, dépendait évidemment des puissances musculaires, lesquelles exercées toute la journée finissaient par produire un renversement supplémentaire du bassin. La nuit, tout effort musculaire cessant, le bassin reprenait sa place.

Résumons quelques-uns des principaux résultats fournis par cette série de faits.

1° *Causes.* Dix fractures ont été produites par des chutes sur le grand trochanter, une par une chute sur les pieds, une par une forte pression exercée sur le grand trochanter.

2° *Durée de la maladie.* Neuf malades ont guéri. La plus courte durée de la maladie a été de 70 jours, la plus longue de 28 mois.

La moyenne de ceux qui ont été traités est de 96 jours; la moyenne de ceux qui n'ont pas subi de traitement est d'environ 160 jours, différence tout-à-fait à l'avantage du traitement.

3° *Raccourcissement après le traitement.* Le moindre est de 14 mill., le plus considérable de 58. La moyenne de ceux qui ont été traités est de 25 mill.; la moyenne de ceux qui n'ont pas été traités est de 41 mill.

Il résulte clairement de cette comparaison, qu'un traitement bien dirigé abrége la durée de la maladie et diminue le raccourcissement consécutif. Cette conclusion semble bien naturelle, si l'on prend en considération les lois qui règlent le déplacement des os fracturés et leur consolidation.

Nous ne saurions oublier cette inclinaison du bassin du côté du membre plus court. Nous verrons en étudiant les autres maladies de l'articulation coxo-fémorale, que l'inclinaison ne suit pas toujours une loi aussi constante, et nous essaierons de trouver les causes de ces variations.

Explication de la planche Ire.

Fig. Ire. — Voy. *Observation Ire.* (G. Rocher.)

1 1 1 1. Bord de la fracture.
2. Tête du fémur renversée en dehors.

3 3 3. Esquilles résultant du brisement de la substance osseuse.
4. Saillie pyramidale en forme de pivot appartenant au fragment supérieur.

Fig. II. — Voy. *Obs. III.* (Pouziou.)

1 1 1 1 1. Bord de la fracture.
2 2 2. Fragment supérieur placé dans une position horizontale et enfoncé dans le tissu du grand trochanter.
3. Cellules dilatées.
4 4. Cavité formée par la destruction du tissu spongieux du grand trochanter.

Fig. III. — Voy. *Obs. IV.* (Danny.)

1 1 1. Grand trochanter.
2. Tête du fémur altérée dans sa forme, formant un angle aigu avec le corps de l'os.
3 3 3. Végétations osseuses stalactiformes, développées autour du col.
4 4. Saillie osseuse pyramidale remontant vers la cavité cotyloïde.

Fig. IV. — Voy. *Obs. X.* (Fémur de Pouziou.)

1 1 1. Larges cellules creusées dans la tête du fémur.
2 2 2. Cloisons éburnées qui les séparent.
3. Rebord osseux supplémentaire formé autour de la tête de l'os.
4. Raréfaction du tissu du grand trochanter. *Cancellated structure.*

Fig. IV *bis.* — *Surface de la tête du même os.*

1 1 1. Plaques éburnées.
2 2 2. Ouvertures des grandes cellules intérieures.
3 3 3 3. Croûte osseuse de nouvelle formation.

Taille hypogastrique précédée de quelques considérations anatomiques. — Par M. Gaillard.

Chez les enfants de huit à dix ans, la vessie est très-extensible, et peut s'élever, quand elle est bien distendue,

d'environ trois pouces au-dessus de la symphyse. Sa face antérieure adhère aux muscles droits et au pubis par un tissu cellulaire facile à déchirer. Le point où le péritoine se réfléchit de la paroi abdominale sur la face antérieure de la vessie, est à vingt lignes au-desssus de la symphyse. Dans l'étendue d'un pouce au-dessus de son point de réflexion, le péritoine est encore lâchement uni à la face postérieure de la paroi abdominale ; supérieurement et en se rapprochant de l'ombilic il adhère bien plus fortement. Il résulte de ces dispositions anatomiques que l'on peut inciser la paroi abdominale dans une étendue de deux pouces et demi au-dessus de la symphyse du pubis sans craindre de léser le péritoine, pourvu que l'on ait la précaution de décoller et de refouler en arrière cette membrane au moyen de la pulpe de l'index gauche, introduite dans l'angle supérieur de la plaie et servant de guide au bistouri boutonné. Deuxièmement il en résulte que l'on peut inciser le corps de la vessie dans une étendue de douze à quinze lignes au-dessus de la symphyse sans courir le risque d'atteindre le point de réflexion du péritoine. Cette incision peut d'ailleurs être prolongée de cinq à six lignes derrière la symphyse.

Dorlat, âgé de 15 ans, éprouve depuis six ans les symptômes qui annoncent la présence d'un calcul dans la vessie, douleurs en urinant, hématurie, catarrhe vésical. Le cathétérisme fait reconnaître un calcul inégal allongé, de plus d'un pouce de diamètre.

L'âge du malade, la sensibilité de la vessie, la petitesse du canal, le volume du calcul, ne permettent point d'employer la lithotritie : le 24 mars 1836, on pratique la taille hypogastrique.

Le malade est couché sur le dos; une sonde en gomme élastique introduite dans la vessie; on injecte quatre onces d'eau tiède. Incision de la peau du tissu cellulaire et de la ligne blanche. Débridement transversal de six lignes sur le bord du pubis. Nouvelle injection de trois onces d'eau pour distendre la vessie qui est peu saillante. On repousse en haut le tissu cellulaire sous-péritonéal qui se présente opiniâtrément à la plaie. Ouverture du corps de la vessie par une ponction; le liquide s'échappe rapidement; le viscère s'affaisse. Cependant l'indicateur gauche retrouve l'ouverture faite à la vessie. Cette ouverture est agrandie, le calcul est saisi et extrait au moyen d'une pince à polypes introduite dans la plaie et guidée sur l'indicateur; le calcul est unique, il a vingt-deux lignes de longueur, douze lignes d'épaisseur; il pèse sept gros : on fixe la sonde et l'on réunit la plaie au moyen de bandelettes en laissant l'angle inférieur ouvert.

Je conseille à l'opérateur de se placer du côté gauche du malade; on commence l'incision sur le pubis, la peau se trouve naturellement tendue; on dirige plus facilement les yeux derrière la symphyse et dans le fond de la plaie qui se trouve en partie placée derrière cette symphyse; enfin la pulpe de l'indicateur gauche, qui doit refouler le péritoine, se trouve d'elle-même tournée vers l'ombilic; l'opération marche mieux.

J'ai préféré le procédé de *Rousset* à celui du frère Côme, parce que l'injection faite dans la vessie repousse en haut le péritoine et prévient presque sûrement la lésion de cette membrane; tandis que la sonde à dard, même après le perfectionnement de M. Belmas, soulève la vessie sans la distendre, et peut très-bien pousser sous

l'instrument de l'opérateur la partie de ce viscère qui est recouverte par le péritoine. Dans l'opération que j'ai pratiquée, cela serait infailliblement arrivé à cause du peu d'élévation de la vessie.

La canule courbée, que M. Amussat introduit dans la plaie après l'opération pour faciliter le cours des urines et prévenir leur infiltration, m'a paru peu utile; elle n'empêche point complétement le passage de l'urine entre ses parois et la plaie; après qu'elle a été enlevée, l'urine trouve encore une large voie pour sortir de l'hypogastre.

Aucun accident n'est venu entraver la marche de la plaie, elle s'est promptement recouverte de beaux boutons charnus malgré le passage continuel des urines; l'aspect rose vif de la plaie était même remarquable. Tous les matins une injection d'eau tiède était faite par la sonde; elle ressortait en entier par la plaie, entraînant avec elle des matières muqueuses et quelques caillots.

Malgré la présence de la sonde, toute l'urine a passé par la plaie jusqu'au quinzième jour; on l'absorbait au moyen de compresses renouvelées toutes les heures. Le 15e jour la sonde a été changée pour la deuxième fois; dans le jour presque toute l'urine a passé par cette sonde.

1er mai, un petit abcès dans les parois de l'abdomen est venu retarder la guérison; malgré cela la plaie tend à la cicatrisation; toutes les urines passent par le canal de l'urètre.

15 mai, le malade est sorti parfaitement guéri. — Le 1er janvier 1839, il n'avait éprouvé aucun symptôme de récidive.

Observation d'un renversement complet de la matrice, terminé heureusement par la gangrène. — Par M. Dumarreau, médecin à Bussière-Poitevine.

Anne Frédonnait, âgée de 36 ans, d'une bonne constitution, stature grande, demeurant au village de Chez-Latus, commune de Bussière-Poitevine, quoiqu'appartenant à la classe ouvrière, a toujours mené une vie peu active.

Le 7 janvier 1836, à six heures du soir, elle fut atteinte de douleurs d'un accouchement à terme; elle appela près d'elle une femme de son village pour lui donner des soins. A onze heures, elle accoucha debout dans sa chambre, sans efforts violents. Dès que l'enfant eut franchi la vulve, il y eut renversement incomplet de la matrice qui sortait à moitié (avec le placenta qui était attaché à son fond) hors des parties externes de la génération. Cette femme, qui crut que c'était l'arrière-faix qui se présentait, coupa le cordon ombilical, tira dessus pour terminer la délivrance. Par cette manœuvre imprudente, elle compléta le renversement de la matrice qu'elle mit entre les cuisses de la malheureuse accouchée; elle connut aussitôt le danger qui la menaçait; elle fit plusieurs tentatives pour faire rentrer cet organe dans le bassin, mais il lui fut impossible d'y parvenir.

Le 8, à onze heures du matin, on m'appela pour lui donner des secours; je la trouvai dans l'état suivant :

Douleurs vives à la tête, bouche sèche, langue muqueuse, plaintes continuelles, hoquet fréquent, défaillance, douleurs vives aux lombes, aux aines, et dans toute la partie inférieure du bas-ventre. La matrice était

entièrement sortie du bassin, entre la partie supérieure des cuisses, complétement renversée; elle était très-engorgée, très-dure dans toute la partie droite, et la moitié de la partie gauche du côté du col; l'autre moitié du côté du fond moins dure, et offrant une légère dépression. Son diamètre transverse était de quatre pouces et demi à cinq pouces, sa longueur de sept environ. Le col était très-dur et serré, la muqueuse presque noire, couverte de sang et de sérosité, la peau brûlante et sèche, le pouls très-fréquent et serré.

La dureté et l'engorgement de la matrice ne me permirent pas d'en faire la réduction, quoique peu douloureuse au toucher.

Je prescrivis un bain émollient que la malade refusa, trente sangsues au haut des cuisses, des cataplasmes émollients sur le bas-ventre et la matrice, qui fut soutenue par un bandage, potion calmante et anti-spasmodique, tisane gommée et édulcorée avec le sirop de vinaigre.

Le 9, les douleurs en général étaient un peu moins vives, l'état de la matrice le même; l'urine qui tombe fréquemment dessus occasionne de vives douleurs; la muqueuse est d'une couleur plus foncée; l'écoulement séro-sanguin est le même; constipation, insomnie: du reste, aucune diminution dans les autres symptômes; nouvelle tentative de réduction inutile. Pour diminuer l'irritation que l'urine faisait éprouver à la matrice, je la fis arroser avec de l'huile fine, et renouveler le cataplasme chaque fois qu'elle coulait. Sans cette précaution les douleurs étaient beaucoup plus vives.

Un lavement émollient, même traitement que la veille.

Le 10, mieux général, sommeil pendant quelques heures de la nuit, plus de hoquet ni de défaillances, la sensibilité de l'utérus est moindre ; du reste, elle est dans le même état, l'altération et la fièvre moins fortes.

Continuation du même traitement.

Le 11 et le 12, plus d'altération, bouche humide, la langue se nettoie, la dureté et la sensibilité de la matrice sont moindres, son volume et sa couleur sont les mêmes ; l'écoulement est peu abondant, la peau d'une chaleur douce, la fièvre moins forte.

Cataplasme de farine de graines de lin avec une décoction de quinquina sur la matrice, fomentations émollientes sur le bas-ventre, bouillon pour nourriture, tisane de tilleul gommée ; même traitement que les jours précédents.

Le 13, la malade était bien, le sommeil avait duré une grande partie de la nuit, elle fit une selle sans lavement, les douleurs moins vives, la matrice un peu diminuée de volume et moins sensible au toucher, l'odeur est toujours infecte ; malgré la diminution des douleurs, la malade est obligée de garder la supination pour ne pas les augmenter ; peau humide, chaleur douce, pouls moins fréquent.

Décoction de quinquina miellée pour panser la matrice, suppression de la potion qui fut oubliée. Du reste, même régime et même traitement.

Le 14, augmentation des douleurs, nuit agitée, point de sommeil, peau sèche, pouls serré sans être plus fréquent, bouche sèche. On apercevait une ligne de démarcation bien distincte par un changement de couleur entre le col et le corps de la matrice ; du reste, même état.

Pour la nuit un grain d'extrait gommeux d'opium ; pour le reste, même prescription.

Le 15, le mieux général avait reparu.

Le 16, la malade se trouvait très-bien, le sommeil avait été tranquille ; les douleurs des lombes, du ventre et des aines, avaient beaucoup diminué ; en pansant la matrice, il s'en détacha gros comme la moitié du poing, noir comme de l'encre. Aux pansements suivants, il s'en sépara plusieurs lambeaux de même nature.

Même prescription.

Le 18, après le pansement, il ne restait plus que le quart de la matrice qui était presque tout putréfié; je le plaçai à l'entrée du vagin, couvert de compresses imbibées de la décoction de quinquina qui furent soutenues par un bandage.

Les pansements subséquents furent faits avec la décoction de quinquina ordinaire en injections.

Extrait gommeux d'opium, tisane de tilleul, quatre bouillons, un demi-verre de vin.

Le 20, la malade était très-bien, le sommeil bon, plus de fièvre, désir de prendre des aliments, se tournant facilement sur tous les côtés sans augmenter ses douleurs qui n'étaient pas fortes ; dans les pansements, il sortait du vagin une matière ichoreuse qui annonçait que toute la partie gangrénée de la matrice n'était pas détachée.

On cessa les fomentations émollientes ; les injections de décoction de quinquina furent continuées pendant trois jours ; elles furent remplacées par une eau d'orge miellée. Potages légers, un peu de vin.

Le 24, la malade pouvait se tenir levée deux heures par jour ; elle se trouvait très-bien ; la suppuration qui

sortait du vagin était de bonne nature; j'y introduisis le doigt, je ne reconnus que le col de la matrice qui était très-tuméfié et couvert d'aspérités qui annonçaient le lieu de séparation de son corps. D'après l'état satisfaisant dans lequel était cette malade, je l'abandonnai aux soins de sa famille. J'observe que pendant tout le cours de cette maladie le lait ne s'est pas porté aux mamelles, que les douleurs du ventre, des lombes et des aines se sont fait sentir longtemps après son accouchement, et qu'elles augmentaient par un léger exercice. Six mois après les règles reparurent; elles furent précédées par de violentes coliques qui durèrent huit jours; l'écoulement fut peu abondant, il n'en dura que trois; chaque retour est annoncé par des coliques un peu moins fortes et moins longues; avant cet accouchement, elles n'avaient jamais lieu, quand cet écoulement devait paraître; il était plus abondant qu'aujourd'hui.

Depuis que cette femme est rétablie, je lui ai demandé à m'assurer de l'état du col de la matrice, elle s'y est refusée.

Imperforation de l'anus, opération, mort. — Observation présentée par M. Bonnet.

Le 13 novembre 1837, j'ai visité à l'Hôpital général un enfant âgé d'un jour; il était petit, faible, et criait rarement; la voix était peu forte, cependant la poitrine était bien voussée, il avait de l'embonpoint, il ne s'était pas encore sali. Examinant la région anale, je m'aperçus qu'il était imperforé. On me dit qu'il devait avoir dix-huit heures à deux jours de vie, et je pensai que depuis ce temps le méconium accumulé dans le rectum

devait distendre l'intestin et faire saillir l'anus, si une simple membrane le fermait. En cherchant avec soin, je ne vis rien qui pût me faire penser que l'intestin fût près de la peau, et je crus qu'il ne devait pas y avoir simple occlusion, mais absence d'une portion du rectum, ce qui devait compliquer l'état de cet enfant. Il faisait de temps à autre des efforts pour pousser; la face alors était rouge, et pendant ce temps le ventre devenait plus saillant, sans que le périnée s'abaissât et fît plus de saillie; il était presque immobile. Je remis à onze heures à faire l'opération, afin de consulter quelques confrères. M. Barrilleau seul s'y trouva, les autres ne purent y venir. Ce médecin reconnut comme moi qu'il y avait absence d'une portion du rectum, parce qu'il n'y avait pas de saillie sensible entre les ischions; que leur intervalle, facile à reconnaître, se laissait facilement déprimer par le doigt qui le pressait; qu'il n'y avait pas de fluctuation, quoique ce fût un liquide qui eût dû distendre l'intestin. Ces signes nous firent donc croire que l'intestin n'arrivait pas à la peau.

La conduite à tenir était toute tracée, il fallait pratiquer un anus à cet enfant et suppléer à l'action de la nature ou le laisser mourir. Conjecturant, d'après les données ci-dessus énoncées, qu'il manquait une portion plus ou moins grande du rectum, je proposai de faire une incision en T, et d'aller comme l'avait fait une fois M. Amussat, chercher, décoller l'intestin, l'attirer au dehors et l'y fixer par quelques points de suture. Tout avait été préparé à cet effet. M. Barrilleau proposa une incision longitudinale suivant l'axe du périnée, disant qu'on se comporterait ultérieurement suivant ce qui se présenterait.

Je pratiquai donc sur le raphé, à dix-huit lignes du scrotum, une incision de huit à dix lignes prolongée vers le coccyx. L'incision fut faite aussi en arrière pour éviter la lésion de la vessie, et surtout celle de quelques artérioles du périnée, pour prévenir l'hémorragie qui, chez un enfant aussi jeune, eût été si grave. Quelques gouttes de sang seulement s'écoulèrent; le tissu cellulaire fut divisé toujours sur la ligne médiane, et le doigt porté dans la plaie ne découvrit rien. Cette incision fut portée jusqu'à deux pouces dans le bassin, tout le plancher inférieur fut divisé, et nous ne pûmes rien rencontrer. Dans les cas ordinaires, après deux jours de rétention du méconium, le cul-de-sac formé par l'intestin est distendu, tuméfié; il forme une poche sensible qui envahit l'excavation du bassin. Ici rien de cela ne se rencontra. Le doigt placé dans la plaie était comprimé de chaque côté par les contractions des releveurs de l'anus, et fut porté assez haut pour permettre d'explorer le détroit supérieur du bassin, la concavité du sacrum, et nous ne pûmes rien trouver. Cependant, un instant, à droite dans le sacrum, M. Barrilleau crut sentir sous le doigt quelque chose qui cédait; mais la sensation était si faible, que nous ne voulûmes pas sur elle seule hasarder une incision. Il ne s'était pas écoulé une demi-cuillerée à café de sang. Nous reconnûmes que le rectum manquait, et que pour sauver l'enfant il n'y avait qu'une opération bien chanceuse à tenter, d'établir un anus contre nature dans la fosse iliaque gauche avec l'S du colon. Toutefois l'opération fut remise au lendemain matin, et les confrères Jolly, Arlin, Gaillard, Quotard, voulurent bien ce jour-là, 14, nous éclairer de leur avis. Il fut reconnu que l'enfant n'était point allé à la selle, qu'il

n'avait uriné qu'une seule fois le jour de son arrivée, avant la première opération, que l'urine était blanche, limpide et n'avait point taché le linge ; ce qu'il était important de relater, car il arrive parfois que dans les vices de conformation, le rectum va s'ouvrir ou dans la vessie ou dans l'urètre, et si cela eût eu lieu chez cet enfant, l'urine eût été colorée et eût taché le linge d'une couleur verdâtre foncée. L'enfant n'avait rien pris, ni lait, ni aucun autre aliment, il les avait repoussés. Le ventre était sonore à la percussion, un peu distendu ; le toucher n'était pas douloureux, du moins l'enfant ne criait pas pendant ce temps ; il avait dormi presque tout le jour.

Le 14 au matin, de nouvelles recherches furent faites par nous sans trouver rien qui pût faire croire que le rectum avait été rencontré ; cependant M. Quotard crut trouver, comme nous l'avions fait la veille, quelque chose à droite dans la concavité du sacrum qui cédait sous le doigt. Le petit malade criait beaucoup pendant l'exploration. Les avis pris, quatre d'entre nous opinèrent pour pratiquer un anus artificiel ; un seul pensa que les chances n'étaient pas assez grandes, et que même dût-il guérir, un anus contre nature était une infirmité si dégoûtante que la mort lui semblait préférable.

Je me disposais à opérer, quand M. Arlin proposa d'attendre au lendemain, vu que l'état de l'enfant n'était pas assez grave quant au moment actuel, et que dans tous les cas il proposait d'agrandir la plaie du périnée afin de rendre plus précise, s'il se pouvait, la sensation éprouvée aujourd'hui par M. Quotard, et hier par M. Barrilleau et par moi. A l'instant cela fut fait, et la plaie agrandie permit d'apprécier d'une manière plus précise la sensation que plusieurs n'avaient pu éprouver. Il

fut bien reconnu que ce ne pouvait être l'intestin grêle descendu dans le petit bassin, car il eût été plus volumineux, plus distendu par les gaz, il eût été plus libre, plus flottant dans le bassin, et le doigt l'eût repoussé, tandis que c'était toujours au même point que l'on éprouvait la faible sensation qui nous guidait. Je portai dans la plaie, sur mon petit doigt gauche comme conducteur, la pince à pansement fermée enduite de cérat frais, afin de saisir et d'attirer au dehors, s'il était possible, ce que nous avions touché, afin de l'y fixer si c'était l'intestin; mais ce corps, aussitôt saisi entre les mors de la pince, à la plus légère traction échappait tout-à-coup, et la pince sortait seule. Après avoir renouvelé plusieurs fois ces tentatives infructueuses, parce que je craignais de déchirer ce que je saisissais avec la pince, M. Quotard essaya à son tour, et à la troisième reprise la pince échappa tout-à-coup, et il s'écoula du méconium. Nul doute que ce ne fût l'intestin. Puis tout-à-coup, à la suite de quelques efforts de l'enfant, il s'en écoula au moins une demi-livre, moulé, demi-solide, avec beaucoup de gaz. Le ventre revint sur lui-même. Une mèche enduite de cérat fut placée dans la plaie, introduite à plus de deux pouces avec la pince; des compresses furent maintenues avec le bandage en T, et l'enfant emmaillotté fut placé dans son lit.

L'intestin rectum n'était pas terminé en cul-de-sac large, dilaté par le méconium, et n'était pas placé du côté gauche du bassin. Il devait être terminé en pointe, en infundibulum, de manière à ce qu'il était de plus en plus petit en arrivant dans le bassin, et de plus il était situé à droite. L'infundibulum était adhérent; c'est pourquoi c'était toujours à la même place que la sen-

sation obscure se faisait sentir, et qu'il fut impossible de l'entraîner au dehors.

Le doigt explorateur introduit dans la plaie a-t-il pénétré dans le péritoine ouvert? J'ai dit plus haut que le doigt s'élevait jusqu'au détroit supérieur, ce qui pourrait le faire penser. Mais si l'on considère que chez un enfant naissant le bassin est peu élevé, peu développé, que l'intestin grêle descend dans le petit bassin entraîné par son propre poids, qu'il y est libre et flottant, qu'il eût été facile de l'y sentir et de le soulever, que le doigt eût glissé sur sa surface lisse et polie, que s'il eût été lésé, ouvert, il serait survenu une inflammation intense, une péritonite, on doit penser qu'il n'a pas été atteint.

Le soir à six heures, l'enfant n'a pas uriné, il n'a rien pris dans la journée; une nourrice lui a été présentée, et il n'a pas voulu téter. La nuit, il a dormi, peu crié. La mèche retirée, il s'écoule un peu de méconium. Le ventre est un peu plus tendu, sonore; cataplasmes émollients sur le ventre. Je ne place pas la mèche dans la plaie, à cause de la tuméfaction du ventre qu'elle contribue à augmenter. Je conseille un peu de lait mêlé à l'eau sucrée.

Le 15 au matin, le ventre est moins tendu; l'enfant a dormi, il n'a pas uriné, ni rendu de méconium. Je place la mèche dans la plaie.

Au soir, il a pris du lait sucré au biberon, il a refusé de prendre une nourrice, il a beaucoup uriné et rendu du méconium qui a chassé la mèche. Le ventre est un peu tendu, les lèvres de la plaie sont rouges, tendues; l'enfant a été plus criard. Cataplasmes émollients sur le ventre, lait sucré pour nourriture, absence de vomissements.

Le 16 au matin, le ventre est tendu, il y a eu un vomissement, l'enfant s'est sali, tension du ventre. Dans le jour, il s'est dégoûté du lait, et est mort le lendemain matin.

L'autopsie a été faite vingt-quatre heures après la mort. La plaie ne communiquait point avec le péritoine, comme les raisons exposées plus haut me l'avaient fait croire; mais le côté gauche et postérieur de la vessie sont décollés jusqu'au détroit supérieur. Le tissu cellulaire de ces régions est le siége d'une inflammation peu profonde, qui y a déposé les traces d'une lymphe plastique par points rugueux d'un gris jaunâtre. Le ventre ayant été ouvert pour pénétrer dans le gros intestin, et le suivre jusqu'au point où il manque, nous a présenté le péritoine sain. Une anse d'intestin grêle de deux pouces de long à peu près, flottante dans le bassin, était d'un beau rose, non pas dans toute la circonférence de l'intestin, et me paraît due plutôt à sa position déclive qu'à une inflammation bien tranchée. Le gros intestin fendu dans sa longueur s'arrête brusquement au niveau du détroit supérieur à la face postérieure de la vessie par un cul-de-sac froncé. Une sonde, un stylet cannelé ne peuvent pénétrer plus loin, et la place de l'intestin est occupée par un cordon ligamenteux peu long qui, suivant la face postérieure de la vessie, s'arrête à son bas-fond. Sur le côté de l'instestin, et à peu de lignes au-dessus du cul-de-sac, existe une plaie suivant la longueur de l'intestin, longue de quatre à six lignes, qui pénètre dans sa cavité. C'est la plaie qui a permis au méconium de s'écouler. Les bords en sont rapprochés, un peu tuméfiés, non adhérents, grisâtres.

Les bords de cette plaie tendaient à la cicatrisation ; l'intestin était vide de méconium.

Quelques réflexions pratiques sur le traitement des hernies étranglées. — Par M. Bonnet, d.-m. à Poitiers.

Les hernies sont des maladies si communes, qu'elles ont fixé à toutes les époques l'attention des hommes de l'art, et ont été l'objet de leurs méditations. Aujourd'hui, qu'après les travaux des chirurgiens des temps passés et de nos jours, leurs causes, leurs différents effets, le traitement palliatif, en sont bien connus, beaucoup de bons esprits s'occupent de rechercher les moyens de les guérir radicalement, sans opération grave. M. *Belmas* a publié quelques travaux que l'expérience n'a pas sanctionnés ; M. *Jameson*, de Baltimore, a réussi une fois par un procédé d'autoplastie ; M. *Gerdy*, par son procédé de l'invagination des téguments, dit avoir réussi une *trentaine* de fois. Il y a eu, dit-on, plusieurs récidives. M. *Bonnet*, de Lyon, a pratiqué quatre fois avec succès une suture particulière. Enfin M. *Velpeau*, en 1827, avait guéri trois malades en injectant de la teinture d'iode mêlée à l'eau, dans le sac, d'où il avait préalablement chassé les intestins.

Les chirurgiens sont donc à la veille de pouvoir guérir radicalement les hernies avant l'étranglement ; car il est difficile de ne pas croire, en effet, que quand toutes les données du problème à résoudre sont si bien posées, que ce qu'il faut craindre ou éviter est si précis, il est difficile, dis-je, de ne pas croire qu'avant peu on arrivera à la

découverte d'un moyen certain, applicable au plus grand nombre des cas, pour garantir ceux qui en sont atteints contre les chances d'un étranglement que peut faire naître un seul faux pas, un accès de toux, et qui peut ainsi en un instant menacer la vie la plus précieuse.

Tout en applaudissant aux efforts que l'on fait de toutes parts dans un but si utile, il faut cependant dire que l'attente n'a pas encore été remplie complétement, et que contre les étranglements que l'on ne peut toujours prévenir, une seule ressource reste, l'opération. On a voulu, pour éloigner cette triste et dernière ressource à laquelle les malades se soumettent avec tant de répugnance, préconiser l'emploi de l'extrait de belladone. Vanté par quelques praticiens dans quelques recueils de médecine, comme un puissant moyen pour faire cesser les étranglements, je ne l'ai cependant jamais vu produire les effets salutaires que l'on était en droit d'en attendre. D'après eux, l'extrait de belladone fait cesser les spasmes, la contraction des muscles de la paroi du ventre, met dans le relâchement les parties trop tendues quand on en frictionne le col de la hernie, permet aux intestins de rentrer dans le ventre, et en faisant cesser l'étranglement prévient l'opération. Pour expliquer ainsi le mode d'action de l'extrait de belladone, il faut admettre, comme le faisait autrefois *Richter*, que l'étranglement soit dû à la contraction *spasmodique* des ouvertures aponévrotiques à travers lesquelles s'échappent les viscères.

Les fibres aponévrotiques ne sont douées d'aucune constriction active, comparable à celle des fibres musculaires; et quand bien même, comme l'explique *Boyer*, ce serait l'élasticité de ces fibres aponévrotiques qui serait mise en jeu par leur distension forcée, la belladone ne saurait

agir pour mettre de nouveau en jeu cette élasticité, et faire cesser la constriction. La contraction des fibres musculaires serait plutôt propre à dilater les anneaux par où se forment les hernies qu'à les rétrécir, comme nous voyons les fibres du diaphragme dilater plutôt que resserrer l'ouverture aponévrotique qui donne passage à la veine-cave inférieure. On a donc rejeté l'explication de la contraction spasmodique des orifices aponévrotiques, comme n'étant pas fondée, étant dangereuse en pratique, et faisant perdre un temps précieux dans l'usage de moyens antispasmodiques peu efficaces. Cependant, *Astley Cooper* (traduction de *Chasseignac* et *Rousselot*), tout en rejetant la contraction des anneaux aponévrotiques, prétend que les intestins peuvent être comprimés, en passant, pour s'échapper au dehors, sous le bord inférieur des muscles petit-oblique et transverse du ventre. De nos jours, M. *Velpeau* s'est rendu à l'avis de Richter, et prétend, dans un mémoire publié aux *Archives de médecine*, que les fibres musculaires étaient tellement disposées par rapport aux anneaux de l'aine, que ces ouvertures peuvent être rétrécies par les contractions des muscles du ventre. Aussi, pour être conséquent avec lui-même, dit-il qu'il a employé quatre fois l'extrait de belladone, et que trois de ses malades *ont paru* s'en bien trouver. Du reste, ajoute-t-il, c'est une question que l'expérience doit décider. Entre mes mains l'expérience n'a pas justifié son emploi, et je doute qu'il obtienne dans la pratique l'importance qu'on a voulu lui donner contre les étranglements.

L'opération est donc le dernier moyen qui reste au chirurgien, moyen dangereux, mais souvent suivi de succès. L'anatomie chirurgicale des régions où se font

les hernies est assez connue pour qu'un opérateur prudent puisse se méprendre ou commettre une erreur, comme cela arrivait souvent à une époque assez peu éloignée de nous. Mais il est deux points qu'il importerait de fixer d'une manière plus précise : savoir, si la rentrée des gaz dans l'intestin pendant le taxis est un signe certain que l'étranglement va cesser. A quelle époque faut-il opérer? Jusqu'où faut-il attendre?

Pendant le taxis, lorsqu'il tente la réduction de l'intestin, le chirurgien sent parfois glisser des gaz sous sa main, et le volume de la tumeur semble diminuer. Ces gaz rentrent dans le ventre, et on a dit qu'il fallait redoubler de soin dans la réduction, attendre et remettre l'opération si elle était décidée. C'est là un principe trop général, et on ne doit pas retarder l'opération, si d'ailleurs d'autres circonstances l'ont rendue nécessaire et ne la contre-indiquent pas. Ces gaz rentrent, dit-on, dans l'abdomen, et les intestins peuvent les suivre. Mais ces gaz plus ténus, plus divisés, peuvent circuler même sous l'étranglement sans qu'il soit relâché, tandis que l'intestin plus épais, plus dense, ne peut pas passer par la même issue par où ils se sont échappés. Les intestins, affaissés sur eux-mêmes sous l'étranglement, peuvent laisser entre leurs plis des intervalles qui donneront aux premiers une issue quand ils seront comprimés. Cette circonstance n'est donc pas un motif suffisant pour faire remettre une opération jugée nécessaire, si on se disposait à la pratiquer. On doit passer outre. Les seconde et troisième observations m'ont présenté ce phénomène qui n'est pas constant. Dans la seconde, il fut sensible dès le premier jour, et a persisté tout le temps des accidents, sans que pour cela l'intestin rentrât. Dans la troisième,

il fut constaté dès le moment où je vis la malade, sans que dans la nuit l'intestin abandonnât le sac, quoique des contractions y aient été excitées par un lavement de tabac.

On a dit que pour opérer il fallait attendre que le malade eût vomi des matières stercorales. Cependant il est souvent indispensable de ne pas attendre jusque-là ; et dans la troisième observation que je rapporte, il n'y avait pas eu de ces vomissements quoique l'intestin fût bien près de la gangrène, au point qu'il s'est perforé quelque temps après sa rentrée ; et d'autre part il y a des individus si irritables que chez eux les vomissements stercoraux surviennent dès le premier jour. L'opération en elle-même n'a rien de grave aujourd'hui ; ce qui fait le succès ou le non-succès, c'est l'état dans lequel se trouvent les parties herniées. Si on attend trop longtemps l'inflammation sera trop violente, la gangrène développée ; ou il y aura des adhérences, ou bien le malade sera trop faible, et alors point de succès. Je sais qu'il est impossible de limiter le temps pendant lequel on doit attendre. On ne peut tracer de règle générale à cet égard. Le degré de l'étranglement, la nature des parties étranglées, la force du sujet, l'espèce de hernie, en font trop varier les préceptes. On peut dire cependant que chaque fois que les moyens les plus énergiques, soit pharmaceutiques, soit de réduction, employés méthodiquement et avec persévérance, ont échoué, on doit se décider à opérer; car il vaut mieux alors un peu de précipitation qu'un retard trop prolongé. Et j'ai la conviction que les chirurgiens n'échoueraient pas aussi souvent dans cette opération, s'ils apportaient moins de lenteur. Il ne faut pas attendre

que les vomissements stercoraux soient arrivés, que la tumeur soit moins sensible, moins résistante, que le pouls soit trop petit, le ventre ballonné, si une médication persévérante et rationnelle a été mise en usage. Car, arrivé dans le sac où est contenu l'intestin, l'état de ce dernier peut faire éprouver bien des mécomptes ; et si le malade guérit, ce ne sera qu'au prix de graves infirmités. Ce sont ces idées qui m'ont guidé chaque fois que j'ai eu à en faire l'application, comme le prouvent les observations qui suivent, et je n'ai pas eu à déplorer encore la perte d'un seul de mes opérés.

Le débridement était le point capital dans l'opération ; aussi a-t-il, de tout temps, occupé les chirurgiens. Le danger qu'il y avait de lever les artères qui circulent autour du col du sac, et l'hémorrhagie qui en aurait été la suite, ont engagé à débrider, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, suivant la forme, l'espèce de hernie, le point d'où elle s'échappait. On a prescrit de débrider sur un seul point de la circonférence de l'étranglement par une seule incision, qui alors, pour permettre la rentrée de l'intestin, devait être profonde de trois ou quatre lignes, et faisait dès lors courir les risques de blesser les artères. Les variations qu'a éprouvées cette méthode généralement suivie aujourd'hui font connaître l'importance que l'on a de tout temps attachée à faire le débridement dans tel ou tel point : parallèlement à la ligne blanche comme *Scarpa* et *Dupuytren*, obliquement en haut ou en dehors comme *Boyer* et le plus grand nombre des opérateurs, ou même en dedans comme un petit nombre l'ont voulu dans la hernie inguinale. M. *Vidal de Cassis* a simplifié l'opération et l'a rendue moins périlleuse en remettant en honneur les

débridements multiples. Cette méthode consiste à faire trois ou quatre petites incisions d'une demi-ligne à une ligne de profondeur, au lieu d'une seule profonde de trois ou quatre. On obtient ainsi, en transportant l'incision sur plusieurs points, une dilatation aussi grande que d'une seule trois ou quatre fois plus profonde ; et quoique les vaisseaux qui circulent autour de l'étranglement arrivent à deux lignes parfois du point qui étreint, il s'ensuit qu'ils ne peuvent être atteints, et qu'il y a sécurité parfaite dans le débridement. C'est ce procédé que j'ai mis en usage chaque fois que j'ai eu à pratiquer cette opération.

Observation Ire. — *Hernie crurale étranglée. — Opération.— Débridements multiples. — Réunion par première intention. — Guérison.*

La femme *Flamand* me fit appeler dans le mois de juillet 1837, pour la soigner d'un *effort* qu'elle portait dans l'aine depuis plus de quinze ans. Cette hernie était survenue à la suite d'une couche. D'habitude elle rentrait et sortait facilement, mais parfois aussi lui causait des accidents semblables à ce qu'elle éprouvait dans le moment; et M. le docteur *Chevallier* m'a dit lui avoir donné des soins à plusieurs reprises pour des symptômes d'étranglement qui s'étaient manifestés dans sa tumeur. Cette femme est faible, débile, maigre et âgée de cinquante-deux ans.

La tumeur existe dans le pli de la cuisse gauche ; sa direction est oblique en haut et en dehors ; elle est tendue, douloureuse au toucher. Il est difficile d'arriver à l'anneau où existe l'étranglement en raison de sa profon-

deur. Cependant on finit par le trouver étroit et resserré, et bien plus près du pubis que ne devrait le faire croire la direction de la tumeur, si on ne savait que le col et le corps de cette hernie forment ensemble un angle plus ou moins fermé. Le ventre est tendu, il y a un dégagement continuel de gaz par la bouche, il y a des hoquets et des vomissements, point de selles ni dégagement de gaz par l'anus. Le pouls est petit. Les tentatives de réduction les plus méthodiques restent sans résultat et augmentent la douleur. Je prescris des lavements purgatifs, des cataplasmes émollients, la diète, des bains.

Les jours suivants, les tentatives de réduction ont été renouvelées plusieurs fois le jour, soit par M. *Chevallier*, soit par moi, et à plusieurs heures de la journée, soit dans le bain, soit hors du bain. Des sangsues ont été appliquées, des frictions d'extrait de belladone faites sans résultat. Les vomissements continuent mêlés de matières filantes, jaunâtres, d'une odeur stercorale; point de selles. L'opération devenait de jour en jour plus imminente; mais la malade s'étant déjà plusieurs fois trouvée dans cette position, c'était un devoir pour nous de temporiser. Cependant la faiblesse, la fréquence, la petitesse du pouls, le ballonnement du ventre, la continuité des vomissements de matières stercorales, et l'inutilité de nos tentatives de réduction, nous décidèrent, après dix jours de soins, à faire l'opération. Attendre plus longtemps eût été en compromettre le résultat en mettant en danger les jours de la malade. Une temporisation plus longue eût été de notre part une grande faute.

Une incision de deux pouces et demi de longueur fut faite selon le plus grand diamètre de la tumeur, parallè-

lement à l'arcade crurale, le tissu cellulaire graisseux enlevé couche par couche. Le sac, profond dans cette espèce de hernie, fut ouvert sans qu'il s'écoulât une seule goutte de sérosité. L'épiploon se montra ratatiné sur lui-même, d'un rouge livide çà et là, mais chaud, et au-dessous de lui l'intestin plus rosé. J'essayai de tirer légèrement au dehors une portion d'intestin avant de débrider, pour connaître si la constriction de l'anneau était intense. Je ne pus y parvenir. Je pratiquai le débridement au côté interne de la tumeur sur le ligament de *Gimbernat* par trois petites incisions d'une ligne de profondeur chacune, afin d'éviter la lésion de l'artère obturatrice qui, plus souvent chez la femme que chez l'homme, naît de l'épigastrique, et descend alors sur le côté interne de ce ligament triangulaire, à une distance très-variable du bord libre sur lequel doit porter le débridement. Comme l'orifice du canal crural où existe l'étranglement est très-profond dans le pli de la cuisse, et qu'il est difficile d'atteindre l'étranglement en conduisant le bistouri sur l'indicateur gauche, préférable à la sonde cannelée, j'eus la précaution de faire tirer en dedans la lèvre interne du sac, saisie avec une pince, afin de tendre les tissus pour arriver plus sûrement à l'étranglement. Cela fait, les parties furent réduites, l'intestin d'abord, l'épiploon ensuite. Je réunis la plaie par première intention en affrontant ses bords. La malade fut mise à la diète. Le lendemain la diarrhée survint, la fièvre se développa un peu. Le quatrième jour après l'opération, les lèvres de la plaie étaient complétement réunies. J'espérais une guérison bien prompte. Mais le fond du sac n'avait pas participé à cette réunion, car quelques jours après la cicatrice se

rompit dans l'étendue de quelques lignes, et il s'écoula du pus. Peu à peu le fond du foyer s'est détergé, la cicatrisation s'est faite, et aujourd'hui la malade est parfaitement guérie.

Je fis mes efforts pour obtenir chez cette femme une réunion par première intention; mais le fond du sac se réunit difficilement en même temps que les lèvres de la plaie, parce qu'on ne peut en mettre exactement en contact les côtés opposés dans une région aussi profonde que le pli de l'aine, quel que soit le moyen de réunion employé, même avec la suture. Aussi, en même temps que les lèvres de l'incision se cicatrisent, le fond suppure, et bientôt le pus en s'écoulant rompt la cicatrice. J'avais bien mis en usage les compresses graduées appliquées sur des tampons de charpie pour comprimer le fond du sac, mais tout fut inutile. Ce ne fut qu'au bout de vingt jours que la guérison fut complète. Aussi, d'après cet exemple et d'après le raisonnement, m'est-il difficile de croire à la possibilité de la réunion par première intention dans la hernie crurale.

Dans l'étranglement par l'orifice supérieur de l'anneau inguinal, étranglement qu'au dire de *Lawrence*, de *Cooper* et de beaucoup de chirurgiens français, l'école de *Dupuytren* avait pris pour des étranglements existant au collet du sac, et dont son chef avait beaucoup exagéré la fréquence; dans cet étranglement, dis-je, les artères circulent bien plus près du bord libre de la partie qui étreint, et alors le danger étant plus grand, le débridement multiple met à l'abri d'une hémorrhagie de la lésion des artères. En voici un exemple remarquable.

Observation II. — *Hernie inguinale. — Etranglement. — Traitement par la belladone. — Symptômes d'empoisonnement. — Opération. — Guérison.*

Le 19 juillet 1837, je fus appelé pour visiter le nommé *Massé*, tailleur de pierres, que je trouvai atteint d'une hernie inguinale gauche. Cet homme me dit qu'il y avait plus de 20 ans qu'il portait une *descente* qui ne se montrait pas toujours au dehors, que de temps en temps il en était fatigué, et que par les conseils d'un chirurgien il avait porté un bandage pendant un an. Ce bandage s'étant rompu, *Massé* cessa d'en porter. Pendant une année la hernie ne reparut pas, il se crut guéri. Quelques jours avant celui où je fus appelé, elle s'était montrée à plusieurs reprises à l'anneau, sans déterminer d'accident. Dans cette disposition, le lundi, au moment où *Massé* partait pour son travail, l'intestin descendit dans le scrotum, s'étrangla, et les tentatives que fit le malade pour faire rentrer sa hernie, d'ordinaire si réductible, furent vaines. Dans cet état, il me fit appeler.

A mon arrivée, le malade était couché dans son lit, il avait vomi et se plaignait de souffrir dans le ventre. Je trouvai dans l'aine gauche et descendant dans le scrotum une tumeur dure allongée, d'une sensibilité assez obtuse pour me faire croire qu'elle était formée par l'épiploon. Le cordon testiculaire comprimé était situé en arrière, et la tumeur dans la paroi abdominale suivait le trajet d'une ligne oblique de haut en bas, d'arrière en avant. Je voulus faire rentrer la partie sortie; et dans les manœuvres du taxis longtemps prolongées, je trouvai que la tumeur était empâtée, que la sensibilité était peu développée ;

cependant elle augmenta après ces manœuvres. En pressant l'intestin, je sentis fuir sous mes doigts des gaz qui produisirent du gargouillement et me donnèrent l'espoir d'une réduction prochaine, en même temps que je fus éclairé sur la présence de l'intestin dans la hernie. Je pus engager mon doigt dans l'orifice inférieur de l'anneau inguinal qui était libre. Je m'étais aperçu qu'en cherchant à réduire je faisais remonter l'intestin dans la paroi abdominale, dans le canal inguinal, d'où il descendait si je cessais le taxis. Il ne rentrait cependant pas. Il n'y avait pas eu de selle. *Je diagnostiquai une hernie entéro-épiplocèle étranglée à l'orifice supérieur de l'anneau.*

Je vis le malade plusieurs fois dans le jour, et à chaque fois j'essayai de réduire toujours inutilement ; je fis appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients, j'ordonnai des frictions avec un demi-gros d'extrait de belladone. Je fis placer le malade dans un bain. Soif continuelle.

Le 18, la nuit a été sans sommeil, il y a eu de la fièvre, nausées fréquentes sans vomissement ni selle, éructations gazeuses par la bouche ; la tumeur a le même aspect, le même volume qu'hier. Les tentatives de réduction, soit dans le bain, soit dans le lit et dans les positions les plus favorables, sont inutiles. Quinze sangsues au-dessus du col de la tumeur. Lav. purg., cat. émol.

Le soir, M. *Chevallier* est appelé en consultation ; il essaie à plusieurs reprises la réduction sans résultat et porte le même diagnostic. Un quart de lavement avec un demi-gros d'extrait de belladone est donné, dans l'intention de produire un relâchement dans la contractilité des fibres.

A neuf heures du soir on vint me dire que la belladone avait produit des symptômes d'empoisonnement que je vais décrire et qui m'ont paru importants à noter.

Je trouvai le malade dans une grande agitation, se portant tantôt d'un côté du lit, tantôt de l'autre; les cuisses rapprochées du ventre ; les bras sortis du lit étaient agités dans l'atmosphère, et la main, les doigts cherchaient à y saisir quelques corps, ou bien se portaient çà et là sur le lit avec une grande rapidité comme dans la carphologie ; il y avait hébétude de la face comme dans l'ivresse profonde ; la perte des facultés intellectuelles était complète ; il prononça à demi-voix des mots incompréhensibles ou des moitiés de mots qu'il n'achevait pas. Je ne pus le tirer de cet état qu'une seule fois par mes questions, et il me dit : Ah ! c'est M. *Bonnet*. Depuis lors il parut ne plus me comprendre. Les facultés sensoriales étaient sinon anéanties du moins très-affaiblies. L'ouïe était le sens le moins obtus ; la vue était presque abolie, les pupilles tellement dilatées que l'iris semblait effacé ; cependant il fuyait la lumière d'une chandelle placée près de la figure. Le goût, l'odorat me parurent nuls. La peau était chaude ; le pouls, plein mais régulier, ne me parut pas différer de ce qu'il avait été dans la journée ; la respiration assez peu fréquente. Ces deux symptômes, l'état du pouls et de la respiration, me rassurèrent sur l'issue de cette complication, et je fis concevoir des espérances aux parents sur un pareil état. Une grande partie du lavement de belladone avait été aussitôt rendue que reçue. J'ordonnai des boissons vinaigrées.

Le 19, la nuit se passa sans sommeil, dans cet état d'agitation que j'ai décrit, et le matin, selon ma prévision,

il n'en conservait qu'un peu d'expression de stupeur dans la face et de la dilatation dans les pupilles. Les vomissements reparurent ; les nausées, les hoquets, l'insomnie continuèrent. Les matières vomies à plusieurs reprises étaient mêlées de matières fécales ; et le jeudi matin, 20, je pratiquai l'opération en présence de M. *Chevallier* et de quelques élèves de l'école.

La peau incisée parallèlement à la tumeur, deux artérioles liées, j'arrive à l'expansion aponévrotique qui de la paroi abdominale s'étend dans le scrotum en se confondant avec le dartos. Je les coupai en dédolant ; après les avoir soulevées avec la pince, j'arrivai au sac que j'ouvris largement. Je trouvai une anse d'intestin d'un rouge livide, ecchymosée, contuse, longue de sept à huit pouces, mais chaude, et réagissant sous le doigt. Pour débrider il fallut porter le doigt indicateur gauche sous le col de la tumeur pour aller à l'étranglement. Sur lui je conduisis le bistouri boutonné et pratiquai le débridement parallèlement à la ligne blanche par trois petites incisions sur l'étranglement, et le bout de mon indicateur put immédiatement pénétrer dans le ventre. L'intestin fut réduit et la plaie pansée à plat. *Massé* passa bien la journée ; les gaz s'échappèrent par l'anus ; mais dans la nuit, par suite des mouvements du malade, l'intestin réduit descendit dans le scrotum.

Le lendemain 21, M. *Chevallier* et moi essayâmes de le réduire après avoir détruit une partie des adhérences formées par une lymphe plastique abondante, tenace, et qui étant épanchée entre l'anse intestinale et le sac les collait ensemble : nous ne pûmes y arriver. Il fallut quitter le malade avec la crainte de le savoir plus tard

exposé à un engouement. Diète, une once et demie d'huile de ricin.

Le 22, le malade a été à la selle six à sept fois; la langue est rouge; il y a de la soif, de la fièvre. Les jours suivants, tous ces symptômes disparurent; et à mesure que la suppuration s'établit, à notre surprise, un matin nous trouvâmes l'intestin qui était descendu dans le sac et que nous n'avions pu réduire de nouveau, complétement rentré. Le malade a pu reprendre son travail trois semaines après l'opération, parfaitement guéri.

Deux faits dominent dans cette observation sur lesquels je vais m'arrêter. Il est bien rare, et je n'en connais pas d'exemple, de voir comme chez *Massé* l'intestin réduit totalement, descendre dans le sac douze ou quinze heures après la réduction, ne pouvoir plus être réduit le lendemain, et rentrer *seul de lui-même* quelques jours après. Comment expliquer ce fait?

Lorsque le débridement fut opéré, je réduisis l'intestin dont l'anse contenue dans le sac était contuse, ecchymosée. Comprimé depuis quatre jours, cet intestin avait perdu sa contractilité, et descendit dans le sac entraîné par son propre poids et par la longue habitude qu'il avait de s'engager dans cette direction. Le lendemain de l'opération, la lymphe plastique que l'inflammation avait versée en abondance dans le sac et sur l'anse d'intestin descendue avait tellement réuni toutes ces parties, qu'il fut impossible de détruire toutes ces adhérences et de réduire une seconde fois. Mais quand, six à huit jours après, la suppuration fut devenue plus liquide, moins plastique, les adhérences étaient moins fortes, et l'intestin ayant alors recouvré sa contractilité,

les ecchymoses et les contusions n'existant plus, il a dû se contracter et par là rentrer dans le ventre dont l'orifice était libre. En un mot, c'est parce que l'anse intestinale herniée avait perdu sa contractilité, était malade, inerte, qu'il a descendu en obéissant à sa pesanteur; et c'est parce que, guéri, il avait recouvré sa contractilité perdue, qu'il a pu seul rentrer. Ce fait est remarquable, parce qu'il tend à prouver que, l'étranglement levé, l'intestin pourrait être laissé dans le sac sans être réduit par l'opérateur sans grand danger, car il pourra plus tard rentrer seul. De tous les auteurs que j'ai pu consulter, *Scarpa*, *Boyer*, les deux *Cooper*, *Lawrence*, *Cloquet*, *Dupuytren*, etc., aucun n'a parlé de cette particularité.

J'avais communiqué cette observation et les réflexions qui précèdent à la Société de Médecine, lorsque dans le 15e volume de la deuxième édition du Dictionnaire de Médecine je pus lire, p. 311 :

« Jusqu'à présent nous avons dit qu'il fallait réduire » l'intestin et l'épiploon, quand d'ailleurs il n'y avait » pas de contre-indication; M. *Ollivier d'Angers* a pensé » qu'il vaudrait mieux se borner à débrider et attendre » pour réduire que l'inflammation fût passée. Les motifs » de cette opinion sont que les froissements des parties » déjà inflammées sont beaucoup plus douloureux et » dangereux; que, d'autre part, *laissés en dehors, les viscères peuvent rentrer peu à peu par les tractions du canal* » *intestinal* et l'amaigrissement du malade. »

L'auteur de l'article, M. *Laugier*, ajoute : « Mais le » contact des pièces d'appareil, l'action de l'air sur les » viscères enflammés, ne sont-ils pas plus dangereux » encore; et au lieu de rentrer peu à peu, les anses in- » testinales, etc., ne peuvent-elles pas *contracter des adhé-*

» *rences entre elles et avec les côtés du sac, qui les ren-*
» *dent tout-à-fait irréductibles?* »

En prêtant un appui à l'opinion de M. Ollivier d'Angers, ce fait prouve en même temps que les craintes de M. *Laugier* ne sont pas toujours fondées quand il dit que les adhérences entre l'intestin et le sac peuvent rendre ce dernier irréductible. Comme les adhérences qui s'établissent alors ne sont formées que par la lymphe plastique qui est entraînée par la suppuration avant de pouvoir s'organiser et se transformer en brides celluleuses, ces craintes sont alors plus éloignées, et deviendraient réelles si pendant la suppuration l'intestin ne se replaçait pas dans l'abdomen, auquel cas le chirurgien devrait aider à la réduction. Quoi qu'il en soit, cette opinion était fondée, et elle apprendra aux praticiens qu'il n'est pas toujours utile de faire rentrer l'intestin hernié dans le ventre; qu'on peut le laisser au dehors impunément et sans crainte de l'y voir rester toujours, quand quelques considérations peuvent les engager à se conduire ainsi.

Nous avons vu que l'extrait de belladone avait été nuisible chez ce malade, et que ce médicament trop vanté ne devait être employé qu'avec réserve, car on peut craindre les symptômes de l'empoisonnement.

Cette perte des facultés intellectuelles accompagnée de mouvements si désordonnés de tout le corps, de la voix, des mains surtout, et qui fait que les malades chantent, crient, parlent d'une manière si incohérente, ou agitent leurs membres dans l'atmosphère, en fait un tableau qui ne se trouve dans aucune autre maladie. Puis cette diminution des sens, l'abolition de la vue, la dilatation portée si loin des pupilles, quoique la rétine

soit encore un peu sensible à une vive lumière, et en même temps ce calme de la respiration et de la circulation, sont si caractéristiques, qu'il serait difficile de se méprendre sur la nature de la maladie. Ce sont les enfants qui le plus souvent prenant les baies de la belladone pour des fruits qu'ils peuvent manger, s'empoisonnent avec elles. Mais alors, sans doute, la respiration et la circulation, si calmes d'abord, finissent par se troubler aussi. Ce fut précisément le calme de ces deux fonctions principales qui nous fit dire à ceux qui entouraient *Massé*, au milieu du désordre de ses facultés, que rien n'était grave, que le lendemain tout serait terminé.

Si c'est par la bouche que la belladone a été prise et que le médicament ne soit pas digéré, il faut s'empresser de faire vomir. Mais si l'extrait a été donné en frictions ou en lavements, c'est aux boissons acides végétales qu'il faut recourir, et aux lavements de même nature ; et si le narcotisme est porté loin, donner la décoction de café. Je prescrivis des acides végétaux mêlés à la tisane ; tous les symptômes cessèrent après leur emploi, et ce fut le seul moyen auquel je dus avoir recours.

Sans expliquer l'action des acides, je rapprocherai de ce fait un autre empoisonnement produit par une substance dont les effets se rapprochent de ceux de la belladone, et qui cédèrent aussi à ce moyen. Étant interne à l'hôpital Baujon en 1826, M. *Rayer* qui faisait alors le service par *intérim*, prescrivit à un malade un liniment avec un gros de laudanum, pour être employé en frictions. Le malade se trompa de bouteille la nuit, et avala le liniment au lieu d'une autre prescription. Des symptômes d'un profond narcotisme se manifestèrent, et des

boissons vinaigrées ont suffi pour les faire disparaître.

Quand l'intestin a été réduit après que l'étranglement a été levé, il ne suffit pas que le cours des matières soit rétabli, la plaie près de se cicatriser, pour que la guérison soit certaine et tout danger passé. Dans l'observation qui suit, la femme *Brunet* approchait du terme de sa guérison sans traverse, quand l'intestin se perfora. Il est vrai de dire que chez elle il était malade depuis longtemps, et il est probable qu'il y existait des ulcérations, ou tout au moins un état d'inflammation qui a dû diminuer sa densité, et, rendue plus active par l'étranglement, cette inflammation l'a fait déchirer en ce point. Cette anse intestinale, étranglée et malade depuis longtemps, a resté vis-à-vis l'orifice interne de l'arcade crurale où je l'avais placée en la réduisant, sans subir de changement dans sa position. Le travail inflammatoire qui s'y est développé a fait adhérer cette anse d'intestin avec l'orifice supérieur du sac, et c'est cette adhérence qui a empêché l'épanchement de se faire dans le ventre. Voici le fait :

Observation III. — *Hernie crurale étranglée. — Opération. — Débridements multiples. — Perforation de l'intestin trois semaines après l'opération. — Guérison.*

Le 27 novembre 1838, la femme *Brunet*, habitant à huit lieues de Poitiers, me fit appeler pour visiter une hernie qui était étranglée. Cette femme portait depuis longtemps une double hernie crurale qui n'a jamais été contenue. Le 24, en soignant sa lessive et étendant son linge sur une haie, elle éprouva tout-à-coup une vive douleur dans celle du côté gauche qui avait toujours été

plus volumineuse que celle de droite. Cette douleur plus vive elle l'avait souvent éprouvée, mais moins intense qu'aujourd'hui, car elle était telle qu'elle fut forcée d'interrompre son travail et de se mettre au lit. Des vomissements étant survenus, elle fit appeler M. *Laurenceau*, médecin des environs, qui lui donna tous les soins éclairés qu'exigeait sa position, bains, lavements émollients, puis plus tard rendus purgatifs. Il chercha à faire rentrer l'intestin inutilement; les vomissements continuèrent, et furent, me dit le médecin ordinaire, mêlés de matières bilieuses et troubles. Depuis le 24 il n'y avait pas eu de selles; les gaz ne s'écoulaient pas par l'anus. Cette femme jouissait habituellement d'une mauvaise santé, et depuis longues années était atteinte d'une gastro-entérite chronique, que les sangsues, les bains, un régime doux rendaient supportable, et qui était souvent accompagnée de fièvre. Cette femme est âgée de quarante ans, mal réglée, et mère de deux enfants.

J'arrivai auprès d'elle à six heures du soir : cette femme était couchée, souffrait beaucoup, elle éprouvait de temps à autre des douleurs plus vives, plus intenses, qui s'accompagnèrent de vomissements; je n'ai pu y voir de matières fécales. Depuis le 24 elle n'a pas été à la selle. La soif est grande, le pouls est petit, lent, misérable; la langue est d'un rouge cerise au milieu, recouverte sur les côtés et au fond d'un enduit blanc crémeux, peu abondant, indice d'une affection ancienne et profonde de l'intestin. Le ventre n'est pas trop ballonné. Dans l'aine gauche je trouve une tumeur dont la direction était celle du pli de la cuisse, oblique comme lui, et dont je sentais difficilement l'origine profondément

située. Elle était très-sensible au toucher, et c'était d'elle que partait la douleur qui provoquait les vomissements. Je voulus essayer de faire rentrer l'intestin, et je pratiquai le taxis après avoir fait porter en dedans le pied gauche et croiser sur l'autre pour mettre l'aponévrose et l'arcade crurales dans le relâchement, et après avoir porté en dedans la tumeur qui dans sa direction oblique faisait un angle avec le point d'où elle s'échappait et son col, et rendre par ces deux précautions la réduction plus facile. Ce fut en vain qu'à plusieurs reprises j'essayai de réduire. La douleur étant augmentée par ces manœuvres, et les vomissements étant survenus, je jugeai inutile, dangereux de continuer. Je prescrivis un bain pour la nuit, la continuation des cataplasmes émollients et un lavement purgatif fait avec une décoction d'un gros de feuilles de tabac dans une livre d'eau pour le lendemain matin. Il fut rendu après avoir produit des coliques.

Le 28, à six heures du matin, les symptômes ne s'étaient pas amendés, la médication de la nuit avait été sans résultat. J'essayai, avant d'opérer de nouveau, la réduction sans succès; et quoique je n'eusse pas vu de matières fécales dans les vomissements, je n'hésitai pas à opérer en présence de M. *Laurenceau* et d'un aide, étudiant en médecine. Le 27 au soir et le 28, en essayant la réduction j'avais senti glisser sous mes doigts des gaz, et javais espéré que, rentrant dans l'abdomen, l'intestin pourrait les suivre, ce qui n'eut cependant pas lieu; car si je cessais la réduction, la tumeur un peu diminuée par la sortie des gaz reprenait bientôt son volume; et ce ne fut pas pour moi un motif pour attendre plus longtemps, car les symptômes qui ne cédaient pas,

l'intestin malade depuis si longtemps, la descente des gaz dans l'anse intestinale étranglée, et qui, la veille au soir, m'avaient donné le faux espoir de la rentrée de l'intestin dans le ventre, qui ne put avoir lieu, malgré le lavement de tabac et les autres moyens employés pendant la nuit, me décidèrent à opérer sans retard.

Une incision parallèle à la direction de la tumeur comprit la peau du tissu cellulaire, il n'y eut pas d'artères de lésées ; mais plus profondément, des fibres à directions différentes me firent croire que j'étais arrivé à l'intestin et me firent hésiter. Cependant j'arrivai au sac, d'où il s'échappa, par une étroite ouverture, de la sérosité trouble, noirâtre, et dont l'odeur faiblement stercorale me fit craindre d'avoir lésé l'intestin ; il n'en était rien. Le sac ouvert, je débridai sur le ligament de *Gimbernat* par trois petites incisions d'une ligne de profondeur. J'attirai une portion de l'intestin, et je vis distinctement le point sur lequel portait l'étranglement. L'anse étranglée était d'un rouge brunâtre foncé, affaissée sur elle-même, offrait peu de résistance, mais était inodore ; on y voyait de petits vaisseaux gorgés d'un sang noir, et où la circulation paraissait suspendue ; elle conservait une faible chaleur. Je réduisis, malgré cet état de l'intestin qui était seul dans le sac. Un linge fenêtré, de la charpie, des compresses, un bandage carré, composèrent l'appareil.

Les jours suivants la fièvre n'augmenta pas sensiblement; les coliques sourdes persistèrent, l'appétit était peu développé, mais cependant il y avait eu des selles. La malade se rétablissait lentement, la cicatrisation de la plaie se faisait peu à peu, la suppuration était peu abondante ; mais la malade disait toujours qu'elle éprou-

vait du feu dans le ventre ; elle ne prenait que des soupes et du bouillon, faisait usage de lavements et de fomentations émollientes. Elle se levait. Après trois semaines de cet état, et après des coliques vives dues à une indigestion, la malade sentit quelques gaz s'écouler par la plaie; elle vit sur les linges de l'appareil, avec le pus, des taches d'un jaune bilieux, puis des portions alimentaires, qui ont paru être des portions de carottes de deux lignes de diamètre non digérées. Cet état continua pendant près de trois mois ; toujours les matières fécales s'écoulaient en partie par l'anus contre nature. Aussitôt que la malade s'écartait un peu de la sévérité du régime, ou que quelque aliment plus réfractaire à l'action de son intestin malade se présentait pour s'écouler au dehors, des douleurs, des coliques violentes, insupportables, se manifestaient. Il s'en échappait alors des portions d'aliments à demi digérés, ou des matières du volume du pouce, comme le disait la malade. Mais peu à peu ces accidents se sont calmés, le volume des matières a diminué, la plaie s'est cicatrisée. Un jour, à son grand étonnement, elle a vu un ver lombric sortir par la fistule, et quelques jours après des lambeaux gris blanchâtres qui ont été entraînés par la suppuration, et qui provenaient des portions aponévrotiques celluleuses qui formaient l'orifice fistuleux. Pendant ce temps, cette femme a repris le régime qu'elle suivait avant sa hernie, et qu'elle suit encore aujourd'hui après sa guérison ; régime composé d'aliments peu nourrissants, de facile digestion, autant que peut lui permettre sa position de fortune et l'affection chronique de l'intestin dont elle est atteinte depuis si longtemps. Aussi les douleurs reparaissent-elles aussitôt qu'elle s'en écarte un peu, ou que son estomac plus fati-

gué digère plus difficilement. Pendant tout ce temps la malade allait à la selle, mais fort rarement.

Fallait-il réduire l'intestin qui avait supporté l'étranglement, dans l'état où nous l'avons trouvé ? Oui sans doute, car aucun de tous les topiques que l'on aurait pu y appliquer à l'extérieur, n'eussent remplacé la douce chaleur, l'humidité qui l'entourent continuellement dans l'abdomen ; et si dans cette observation l'intestin s'est perforé, c'est moins à l'altération qu'il a offerte, qu'à l'inflammation dont il était atteint depuis longtemps qu'il faut le rapporter. Si c'eût été l'étranglement qui eût provoqué cette perforation, elle serait survenue plus rapidement. Aussi voisine de la gangrène qu'était cette anse intestinale, il ne se serait pas écoulé trois semaines sans que l'escarre se détachât. Si on joint à cette disposition de l'intestin l'usage d'aliments d'une digestion peu facile, puisqu'on a vu des fragments de carotte dans les substances qui s'échappaient de l'anus artificiel, on s'en rendra compte sans croire qu'il y eût gangrène au moment de la réduction. Il est difficile d'apprécier au juste l'étendue de l'ouverture de la perforation, mais il y a lieu de croire qu'elle était d'une certaine étendue, puisqu'on a vu des portions d'aliments qui s'en étaient échappés qui avaient le volume du pouce.

Scarpa a décrit d'une manière très-heureuse le procédé que suit la nature dans la guérison de ces accidents, et cette observation a la plus grande analogie avec la seconde rapportée par cet auteur. Il a en même temps combattu les idées qui régnaient alors sur le traitement de ces sortes de complications. Il a blâmé la diète et le régime peu nutritif auquel on soumettait ces malades, et a prétendu qu'en faisant passer dans ces intestins un

volume d'aliment assez grand, on forçait les bouts supérieur et inférieur de l'intestin à se contracter énergiquement, à tirer vers la cavité du ventre le sac auquel ils adhéraient, et à former ainsi avec lui un *infundibulum*, moyen intermédiaire, dans lequel les aliments passaient pour se porter du bout supérieur dans l'inférieur; et le cours des matières devenant de plus en plus facile dans l'intestin, il en passait de moins en moins dans le sac, et l'anus artificiel se cicatrisait peu à peu. Il était difficile, chez la femme Brunet, de suivre cette pratique, pour deux motifs : 1° l'état du tube digestif que je savais atteint d'une inflammation chronique, et qui n'aurait pu supporter un régime abondant ; 2° la difficulté des digestions qui depuis longtemps se faisaient mal chez une femme atteinte depuis plusieurs années d'une entérite chronique. Après les premiers accidents passés, la malade a repris seulement le régime qu'elle suivait avant l'étranglement. Dans cette observation, les bords de la perforation ont adhéré avec le sac, et c'est aux dépens de celui-ci que le diamètre de l'intestin a pu se rétablir, que la plaie extérieure a dû se cicatriser au fur et à mesure que, remontant vers l'abdomen, ce sac a reçu moins de matières et en a moins transmis dehors.

Le fait suivant prouvera comment se font et de quelle nature sont ces adhérences, et que l'ouverture qui survient à l'intestin est plus large qu'il n'est permis de l'apprécier.

Observation IV. — *Anus contre nature à la suite de hernie étranglée.*

Lorsque j'étais interne, en 1830, à l'hôpital St-Antoine, on apporta dans la salle une femme qui était at-

teinte d'une affection du ventre, étrangère en apparence à sa hernie, et qui la fit mourir le troisième jour. Cherchant à reconnaître la maladie dont elle était affectée, je reconnus une péritonite, maladie pour laquelle elle avait été dirigée dans une salle de médecine ; puis en palpant le ventre, je vis à son linge sali qu'elle avait une autre maladie, à laquelle, disait-elle, elle ne faisait pas attention. Elle me dit alors que depuis longtemps elle portait dans l'aine gauche une petite *grosseur* qui rentrait et sortait facilement, et que trois semaines auparavant elle avait augmenté, l'avait fait souffrir beaucoup; puis, qu'elle s'était ouverte et avait donné issue à des matières ayant mauvaise odeur, qu'elle avait suppuré, et que maintenant elle en était mieux. Je reconnus un anus contre nature qui ne donnait passage, en effet, qu'à des liquides troubles mêlés de matières peu liées qui avaient l'odeur fade des aliments soumis à la digestion dans l'intestin grêle (je néglige ce qui est relatif à la péritonite, peu douloureuse, qui seule occupait la malade, car elle était presque guérie de son *abcès* de l'aine). Elle mourut le troisième jour de son entrée ; elle allait à la selle.

A l'autopsie je trouvai des traces de péritonite chronique, puis dans le fond du petit bassin l'intestin grêle se dirigeait vers l'arcade crurale. Là l'intestin adhérait, et on voyait des brides celluleuses assez épaisses, consistantes, qui unissaient l'intestin à la face interne de la paroi postérieure du ventre. Ces brides, qui ressemblaient à de petits cordons longs de cinq, six lignes et plus, laissaient entre elles des espaces, et c'est par un de ces espaces, au point le plus déclive de l'adhérence de l'intestin, que des matières ont coulé dans le bassin et sont devenues cause de la péritonite. Du reste, il en pas-

sait fort peu ; les bouts de l'intestin passaient dans le sac et y adhéraient, et le fond s'ouvrait dans l'aine gauche. La moitié de la circonférence de l'intestin était détruite dans le point opposé au mésentère, de sorte que les deux bouts de l'intestin n'étaient pas interrompus de ce côté et permettaient encore la circulation des matières.

Si cette femme fût venue réclamer les soins d'un homme de l'art, elle ne serait pas morte de sa hernie ; et si l'anus n'est pas arrivé à parfaite guérison, cela tient au pertuis qui existait entre les brides et qui a permis à des matières irritantes de tomber dans le bassin. Sans cet accident, l'anus artificiel aurait guéri complétement au moyen du sac qui formait une sorte d'entonnoir où le bout supérieur de l'intestin versait une partie des matières qui y circulaient, pour passer dans le bout inférieur. La circulation n'était cependant pas interrompue complétement entre les deux bouts de l'intestin, puisqu'il n'y avait que la moitié de la circonférence qui manquait. Aussi la malade allait-elle parfois à la selle, et disait-elle que les matières qui s'écoulaient par ce qu'elle appelait l'ouverture de son abcès diminuaient. L'observation de la femme *Brunet* a présenté un fait semblable ; seulement, plus heureuse, les adhérences ont été plus solides et n'ont pas laissé échapper de matières stercorales dans le bassin. Et dans cette quatrième observation, comme dans la deuxième rapportée par *Scarpa* dans son Traité des hernies, on a pu saisir les moyens que la nature employait pour arriver à la guérison de ces accidents si graves. Je ne doute pas que les brides longues de cinq à six lignes qui formaient les adhérences n'aient été allongées ainsi par les tractions qu'exerçaient le mésentère et surtout les intestins sur le col du sac où l'adhérence

portait ; et c'est une de ces adhérences qui s'est rompue qui a permis l'épanchement dans le bassin. *Dupuytren* a vu deux fois un fait semblable. (Voyez la gravure.)

Observation V. — *Hernie crurale étranglée. — Emploi inutile de l'extrait de belladone. — Opération. — Débridements multiples. — Guérison.*

Antécédents. Le 2 février 1839, mon confrère le docteur Prieur me pria de vouloir visiter avec lui une femme qui portait une hernie étranglée. Cette femme est âgée de 48 ans, elle porte une hernie depuis 17 ans ; elle était survenue à la suite d'un accouchement, et maintenue par un bandage que la malade avait fait elle-même, qu'elle ne portait que depuis plusieurs mois. Elle n'en avait jamais éprouvé de gêne, quoiqu'elle ne rentrât jamais complétement. Le 1er février au soir, cette femme éprouva dans l'aine gauche une vive douleur qui survint sans cause. Des nausées, des vomissements, de la soif, de l'impossibilité d'aller à la selle, l'engagèrent à faire appeler le docteur *Prieur,* qui ordonna des bains, des lavements purgatifs, fit frictionner la tumeur avec un gros d'extrait de belladone, essaya à plusieurs reprises de réduire l'intestin, fit une saignée sans succès. Les accidents s'aggravèrent au point qu'il entrevit de suite l'utilité prochaine d'une opération.

Etat actuel. Le 2, le pouls est plein, souple, fréquent; le ventre est sonore sans ballonnement. Dans l'aine gauche existe une tumeur très-sensible au toucher, douloureuse, du volume du poing, mais allongée en travers, le long de ce pli, dure, rénitente. En essayant le taxis,

la douleur est insupportable, et on y sent du gargouillement quoiqu'il y ait empâtement.

Il y a des nausées, des vomissements bilieux continuels, éructation de gaz par la bouche, impossibilité d'aller à la selle et de rendre des gaz par le bas. L'action de tousser, de se moucher, de changer de position dans le lit, réveille sur-le-champ la douleur. *Dix sangsues au-dessus de la tumeur; bain*, pendant lequel nous avons essayé la réduction; *frictions avec un gros d'extrait de belladone* par once de cérat; *cataplasmes émollients.*

Le 3, la nuit il y a eu beaucoup de fièvre, tous les accidents persistent. *Application de nouvelles sangsues; des bains* dans le jour pendant lesquels la réduction est essayée de nouveau. Continuation du traitement comme ci-dessus.

Le 4, il est impossible de tenter la réduction, tous les accidents augmentent. Le gargouillement dans l'anse intestinale étranglée nous avait fait espérer une réduction prompte qui n'a pas lieu. Les vomissements qui se rapprochent sont de plus en plus troubles et déposent un sédiment verdâtre muqueux, qui n'a pas encore l'odeur de matières fécales. *Bains, lavements purgatifs.* L'opération est décidée pour deux heures, si à ce moment il n'y a pas d'amélioration.

Je fais une incision parallèle à la tumeur dans la direction du pli de l'aine. Au-dessous il y a beaucoup de graisse que j'enlève couche par couche en dédolant. Il n'est pas nécessaire de faire de ligature. J'arrive dans une cavité lisse, polie, qui contient peu de sérosité, et crois être dans le sac. Je la circonscris de toute part avec le doigt que j'y introduis sans y trouver d'intestin. En examinant je trouve à sa partie déclive une petite ou-

verture qui communique avec le sac, et sur les côtés de la sonde cannelée qui y est introduite il s'écoule de la sérosité. Certain alors que cette première cavité n'est qu'un ancien sac, qui pouvait contenir une grosse noix, j'incise sur la sonde cannelée et mets à nu l'épiploon et au-dessous de lui l'intestin. L'épiploon est dur, ratatiné sur lui-même, et il n'y en a qu'une partie qui peut être étendue. Il est livide, adhérent au sac dans une grande partie de la circonférence de l'anneau par où il s'échappe. Les adhérences sont anciennes, charnues. L'intestin est d'un brun livide, résistant sous le doigt; les vaisseaux capillaires injectés sont très-visibles. Il adhère à l'épiploon d'une manière assez lâche. Je débride sur le ligament de *Gimbernat* par deux incisions d'une ligne de profondeur, et mon doigt indicateur qui servait de conducteur au bistouri boutonné entre dans le ventre. Je tire au dehors une petite portion de l'intestin, qu'aussitôt après je fais rentrer en même temps que celle qui était étranglée, après avoir toutefois détruit les adhérences qui l'unissaient à l'épiploon. Je fais rentrer une portion de l'épiploon et laisse dans la plaie celle qui était adhérente et qui devait plus tard aider à fermer le canal crural, absolument comme un bouchon. Un linge troué enduit de cérat, de la charpie, des compresses composent l'appareil.

Aussitôt replacée dans son lit, les hoquets, les vomissements cessent, la douleur disparaît peu à peu, la toux, l'action de se moucher ne répondent plus dans l'aine. Dans la nuit, fièvre; la malade rend quelques gaz par l'anus, dit qu'elle est bien mieux. *Diète*, *boissons émollientes*, *cataplasmes émollients* sur le ventre, *demi-lavements de graines de lin*. Ce traitement est continué

pendant six jours ; elle ne rend que quelques gaz par l'anus, garde les lavements et ne va pas à la selle. Cependant la fièvre nous empêche de donner des laxatifs, d'autant plus que l'intestin réduit était malade ; et comme l'état général est rassurant, nous ne nous inquiétons pas de ce manque de selles, ce qui nous empêche de les provoquer. Enfin le sixième jour après l'opération, elle rend des matières. Le quatrième jour nous pansons la plaie, et nous trouvons une odeur de gangrène manifeste qui provient de l'épiploon laissé au dehors, qui est mou, flasque, noirâtre. L'intestin n'est pas descendu. Nous prescrivons des bouillons.

Les jours suivants l'odeur gangréneuse persiste, augmente ; le pus est ichoreux, fétide ; le fond de la plaie ne peut se réunir à cause de l'épiploon qui se gangrène lentement qui s'y oppose. L'état général est très-satisfaisant. Elle a été à la selle sans lavement, le 13. Ce même jour j'ai enlevé la masse d'épiploon gangrenée mêlée à quelques lambeaux aponévrotiques reconnaissables à leur couleur d'un blanc grisâtre et à une plus grande consistance que celle de l'épiploon. On donne des soupes et du pain. La malade se lèvera aujourd'hui. Les jours suivants la cicatrice se forme, et le 20 du même mois la malade est guérie.

Dans cette observation, l'extrait de belladone a été employé avec persévérance et à haute dose inutilement. Nous avons rencontré les gargouillements qui nous faisaient espérer que l'intestin rentrerait sans opération ; notre attente a encore été trompée. Enfin je n'ai pas attendu pour opérer que les vomissements de matières stercorales fussent survenus, et cependant l'épiploon était dans un état d'altération tel qu'il s'est gangrené.

Ce fait vient justifier de nouveau les réflexions que j'ai cru devoir exprimer plus haut.

Observation d'un ulcère cancéreux de la lèvre inférieure, guéri par l'amputation. — Par M. Fanneau, médecin à Châtellerault.

La femme Térassini, sexagénaire, demeurant aux Cardinaux, commune de Senillé, deux lieues de Châtellerault, petite, tempérament *bilioso-sanguin*, portait depuis quelques années un ulcère cancéreux à la lèvre inférieure, venu à la suite d'un bouton écorché un grand nombre de fois.

Cette ulcération, constamment irritée, s'enflamma, devint douloureuse, prit de l'extension, et produisait, quand je la vis, une matière purulente, ichoreuse, fétide; elle occupait une grande partie de la lèvre inférieure. Cette dégénération ne s'étendait pas tout-à-fait aux commissures des lèvres, mais elle présentait un grand pouce de hauteur, gagnant plus loin que le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, lorsque la lèvre était tendue et élevée. L'os maxillaire était intact; les bords comme renversés gagnaient chaque jour du terrain; des douleurs lancinantes s'y faisaient continuellement sentir; un mal de tête habituel, avec sentiment de pesanteur, tourmentait la malade, dont le moral était sombre et nébuleux; l'appétit s'annihila.

Loin de vouloir dissimuler à la malade son état, je le lui fis connaître avec franchise, afin de la rendre docile. — Exposition fréquente sur la vapeur d'une décoction émol-

liente avec addition de quarante gouttes de laudanum liquide ; charpie enduite de cérat opiacé recouverte d'un cataplasme émollient de farine de graine de lin ; application de huit belles sangsues sur les parties engorgées et les plus rapprochées de l'ulcération ; bouillons aux herbes sulfatés, pédiluves sinapisés.

L'espoir de guérison que je fis luire à propos aux yeux de la malade, appuyé d'un léger amendement, la tourna à la gaîté; ce que je désirais vivement, étant dans l'intention de lui proposer la destruction des parties cancéreuses par, des applications de caustiques, ou par l'excision, si le premier moyen était impuissant.

Cette femme, assez robuste quoique déjà ancienne et pusillanime, consentit à ce que je lui *brûlasse de suite son cancer*. Je fis à l'instant même sur les fongosités cancéreuses une application de *chlorure d'antimoine*, à l'aide d'un pinceau de charpie qui me produisit immédiatement des escarres blanchâtres, dont la densité était augmentée par l'apposition de nouvelles couches de liquides; ces surfaces mortifiées et à peu près isolées dès le lendemain, pouvaient sans difficulté et sans exciter trop de douleurs être enlevées avec une pince à disséquer.

Après l'application du beurre d'antimoine et avant la mise des cataplasmes émollients, je saupoudrai les surfaces brûlées de deuto-chlorure de mercure; deux grains suffisaient pour chaque pansement.

Néanmoins, ces cautérisations réitérées avec assez de persévérance n'apportèrent aucune modification dans l'état de la plaie qui conservait toujours son caractère cancéreux ; et bien convaincu de la difficulté de changer ce mode vicieux d'irritation par la continuation de ce

topique, je déclarai à la malade qu'il ne fallait pas s'abuser davantage sur sa position, et que l'amputation seule pouvait faire disparaître cette masse homogène et de mauvaise nature; que le temps était précieux, parce que l'os maxillaire inférieur participerait sans doute et sous peu à l'affection de la lèvre, si elle attendait plus longtemps, et que dans cette dernière hypothèse elle aurait à supporter non-seulement l'excision des parties molles dégénérées, mais en outre la cautérisation *par le feu*, superficielle ou profonde, des couches osseuses affectées.

La malade nagea deux jours dans les angoisses de l'incertitude; mais devenue plus courageuse, quoique bien convaincue que l'opération devait précéder sa mort de quelques instants, puisqu'elle crut devoir exécuter auparavant ses derniers devoirs religieux, elle me fit dire qu'elle était *enfin décidée à l'opération.*

Il serait ici superflu de décrire la méthode opératoire employée dans cette circonstance, mais je dirai que j'ai cru devoir accorder la préférence à celle de l'*ex-chirurgien* en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, le célèbre *Dupuytren*; à cette exception près, qu'au lieu d'employer les ciseaux courbes pour exécuter sa section demi-circulaire, je me suis servi d'un bistouri bien tranchant qui n'épargna nullement les parties saines; après quoi il ne resta plus que la ligature des artères et le pansement de cette nouvelle plaie qui fut recouverte d'un linge fenêtré enduit de cérat, de charpie sèche, maintenus par un bandage approprié.

L'opération fut tellement prompte, que la malade n'a cru à la terminaison que lorsque je lui présentai sa lèvre amputée.

A peine aussi l'excision fut-elle pratiquée, que les douleurs se calmèrent comme par enchantement; la salive, non plus, ne se perdit pas en dehors autant que l'on pouvait s'y attendre après la séparation d'une si grande partie de la lèvre qui, quoique exposée quelque jours après au contact de l'air, ne s'en cicatrisa pas moins en peu de temps, sans trop de difformité (1).

J'ai conservé dans l'esprit de vin cette lèvre cancéreuse, comme pièce anatomique.

2e *observation résumée et guérie sans amputation de la partie affectée.*

Chez un autre jeune malade du sexe masculin, je fus assez heureux de réussir par le traitement topique.

Ce jeune homme avait depuis seulement *quatre* mois un ulcère dans le nez, venu aussi à la suite d'un bouton écorché; il présentait les mêmes symptômes que le précédent, à l'intensité près.

Je débutai par le *même* traitement antiphlogistique et calmant; je pratiquai une saignée de bras. Le malade, d'un tempérament pléthorique, se plaignait de céphalalgie. — Petit lait coupé avec tisane de fumeterre, régime doux, végétal, etc., etc.

L'ulcère résistant, je me servis de cérat dans un gros duquel je fis dissoudre *seize grains d'oxide rouge de mercure*; par ce moyen, dans l'espace de sept jours, je parvins à la cicatrisation.

Je dois observer que le malade ne se moucha pas pendant tout le temps du traitement, après lequel il n'en

(1) Malgré tous mes conseils, elle s'ennuya des pansements et ne voulut plus s'y soumettre deux jours après l'amputation.

continua pas moins longtemps l'usage du coton dans la fosse nasale affectée.

Plus tard, j'aurai l'honneur de soumettre à l'honorable Société dont je réclame le titre de membre, un cas de *cancer utérin* avec complication d'un phlegmon très-intense situé vers la partie supérieure de la matrice, etc., etc.

Ces faits, joints à tant d'autres guérisons obtenues par les auteurs modernes et physiologistes, me prouvent que le cancer n'est point une maladie incurable, comme le prétendent *encore beaucoup de praticiens aujourd'hui*. En effet, le cancer, comme toutes les maladies, reconnaît une cause évidemment, comme est l'inflammation terminée par induration ; guérissez cette inflammation dès son début, vous préviendrez bien certainement toute terminaison cancéreuse. Un squirre est-il formé, une induration existe-t-elle ? comme cette affection n'est encore que locale, le bistouri peut *encore* bien certainement conduire à la guérison ; mais attendre que la fermentation s'établisse dans la tumeur, que le ramollissement ait lieu, que la décomposition, que la fonte putride se manifestent, c'est vouloir qu'un malheureux ne puisse se soustraire au plus affreux destin...

Extrophie de la vessie. — Observation présentée par M. le docteur Barrot, de Gençay.

Un enfant âgé de trois ans, né avec une transposition et une mutilation des organes génito-urinaires, s'est présenté tout récemment à mon observation ; ce sujet,

en apparence de bonne constitution, jouit d'ailleurs d'un teint frais et rosé, quoiqu'il soit atteint d'une monstruosité hideuse et incommode.

Ce jeune enfant, pour marquer un sexe qui en réalité peut encore être incertain, présente seulement au-dessus du pubis un petit gland de verge imperforé, non recouvert de son prépuce, long environ de quatre à cinq lignes, et adhérent au tissu cutané de cette partie, de telle sorte qu'on peut dire que cet enfant n'a point de pénis; au-dessous et à droite de cette portion informe de verge, sous l'arcade du pubis, on trouve un testicule assez profondément placé. Dans l'aine gauche existe une tumeur oblongue, plus large à sa base qu'à son sommet, ayant environ quatre pouces de longueur et deux de largeur dans son plus grand diamètre, sans fluctuation, assez molle et douloureuse, ne rentrant jamais dans l'abdomen, quoique cette tumeur soit une hernie congéniale, ce qui prouve que les parties qui la forment ont établi des adhérences avec les tissus adjacents. Les organes qui déterminent son développement sortent directement du bas-ventre, et sont immédiatement placés sous la peau, sans passer par aucune ouverture naturelle, ce qui indique, comme d'ailleurs on va le voir, que les muscles abdominaux qui forment inférieurement l'épaisseur de la paroi antérieure de l'abdomen, manquent en cette partie jusqu'à une certaine hauteur.

Cet enfant ne présente aucune trace de scrotum. Un demi-pouce environ au-dessus de cette petite portion informe de verge, se trouve un bourrelet charnu de forme sphérique, à superficie inégale, qui s'élève sur la peau comme un champignon; il est recouvert d'une membrane constamment rougeâtre qui a quelque ana-

logie avec les muqueuses ; ce bourrelet peut avoir trois lignes d'épaisseur, il est de lalar geur d'un sou : c'est là que le cordon ombilical était attaché ; cet enfant ne porte point par conséquent d'ombilic au milieu du bas-ventre.

Sur les parties latérales de ce bourrelet charnu et vasculaire, on voit deux ouvertures rondes de la largeur d'une petite plume à écrire, par lesquelles le liquide urinaire s'écoule constamment, ce qui démontre assez clairement que ce sont les uretères qui s'ouvrent en cette partie, au lieu de s'ouvrir dans la vessie comme cela se fait naturellement ; or, chez cet enfant, il est évident que la paroi antérieure de l'abdomen forme celle de la vessie, laquelle manque entièrement, et que la nature, ingrate envers cet individu, a pris cette voie comme si l'organe vésical existait en totalité.

Si ce sujet peut transmettre au dehors, mais involontairement, l'urine, il est hors de doute qu'il ne pourra jouir des droits que la nature accorde au sexe auquel il paraît appartenir ; car, quand bien même les vésicules séminales et les canaux déférents existeraient chez lui avec les deux testicules, porte-t-il un conduit éjaculateur ? où s'ouvre-t-il ? Cet enfant n'ayant ni pénis ni canal de l'urètre, ne pourra par conséquent avoir d'éjaculation prolifique. Réunit-il à ces vices de conformation quelques organes ébauchés du sexe ? je ne puis le découvrir, mais je suis porté à le croire, car la nature, toujours bizarre envers de tels êtres, allie souvent une monstruosité à une autre.

Double hernie, l'une crurale gauche, l'autre inguinale droite; perforation de l'intestin et du sac; issue d'un grand nombre de vers. — Présentée par M. Lépinay, médecin à Usson, et M. Bellaud, d.-m. à Verrières.

Radégonde Faure, âgée de 56 ans, d'une haute stature et d'une bonne constitution, demeurant commune de Bouresse, porte depuis quinze ans une tumeur dans l'aine gauche, et une autre depuis quatre ans dans l'aine droite. Avant de vous communiquer l'historique de sa maladie, nous allons exposer l'état actuel des deux tumeurs : la première part de l'échancrure crurale, se dirige de dehors en dedans et de haut en bas, et offre une circonférence de quinze pouces sur une longueur de onze. Elle présente plusieurs inégalités, quelques cicatrices, de la dureté dans certains endroits, et une fluctuation assez sensible dans la partie la plus déclive. La seconde tumeur part de l'anneau inguinal droit, n'a guère que le tiers du volume de la précédente, est assez dure dans toutes ses parties et n'offre aucune certitude d'épanchement en ce moment. Cette malheureuse femme éprouve un grand embarras dans sa marche, et d'ailleurs les incommodités et les souffrances des personnes affectées de hernies. Jusque-là, il n'y a rien qui n'ait été observé bien des fois. Voilà, maintenant, ce qu'elle nous a raconté de l'apparition et du développement de ses deux tumeurs, et nous n'avons aucune raison de suspecter sa bonne foi.

Il y a quinze ans environ, à la suite de l'administration d'un vomitif, et ayant éprouvé de violents efforts, il lui survint dans l'aine gauche une petite tumeur de la

grosseur d'une noix : elle en était alors peu incommodée. Cette tumeur augmenta graduellement, et au bout de quatre ans elle avait atteint le volume d'un œuf de dinde, sans occasionner encore beaucoup de douleur ni d'incommodité. A cette époque, l'accroissement devint beaucoup plus rapide, les douleurs très-vives, et dans peu de temps la tumeur se perfora naturellement dans deux ou trois endroits. Il en sortit d'abord un peu de sérosité sanguinolente ; mais quel ne fut pas l'étonnement de cette pauvre femme, quand il parut à l'orifice d'une des ouvertures un ver, non pas une hydatide, mais probablement un lombric, ainsi qu'elle nous l'a dépeint. Il avait la grosseur d'un tuyau de plume et de sept à huit pouces de long. Ce ver sorti, il en vint un second, puis un troisième. Enfin, elle en tira par ses petites plaies de vingt-cinq à trente ; car, à la fin, elle ne compta plus. Tous, ou à peu près, étaient vivants. Alors elle éprouva un grand soulagement. Sa tumeur avait considérablement diminué, et elle s'occupa moins de son état, qui offrit peu de changement pendant deux ans. Cependant les premiers symptômes ne tardèrent pas à se manifester de nouveau ; l'accroissement de la tumeur devint, dans les mois qui suivirent, beaucoup plus rapide ; les douleurs d'estomac et de ventre, qu'elle avait éprouvées, prirent plus d'intensité. Cette tumeur augmentant toujours, durcit ; et cette malheureuse femme ne pouvant plus supporter son état et *pensant qu'il y avait encore là des vers*, plongea dans la plus considérable des anciennes cicatrices une épingle jusqu'au bouton. Cette fois, il en sortit de l'eau assez claire, dit-elle, et pour nous servir de son expression, *comme par*

un fausset. Elle eut de suite du soulagement; ce qui l'engagea à renouveler cette pratique pendant cinq ou six ans, à chaque fois que la tumeur augmentait. Elle le fit toujours avec le même résultat.

C'est à cette époque environ que la tumeur de l'aine droite se manifesta dans l'anneau inguinal et sans cause appréciable. Son accroissement fut assez lent. Cependant celle du côté gauche grossissait malgré les fréquentes opérations de cette femme, qui n'amenaient que très-peu de diminution dans le volume de la tumeur. Enfin elles ne produisirent plus aucun effet; et, depuis trois ans, elle est parvenue au point où nous l'avons fixée en commençant cette observation. Celle du côté droit avait suivi à peu près dans sa marche la même gradation que son aînée, lorsqu'il y a trois semaines, elle a percé et a procuré *par suintement et non par jet*, comme la première, l'écoulement d'au moins deux verrées d'un liquide séreux. La malade l'avait antérieurement percée avec son instrument habituel, mais sans aucun résultat. Interrogée sur ce qui l'avait empêchée jusque-là de voir un médecin, elle a répondu : *La honte et la misère.* Elle connaissait donc bien peu les sentiments qui dirigent les personnes de notre art!

La femme Faure se soumettrait difficilement à une opération. Pourtant, il ne serait pas impossible de la décider. Nous lui avons laissé connaître la gravité de son état et notre désir de consulter, dans son intérêt, votre savante Société. Nous lui avons promis qu'en tout cas il ne lui en coûterait rien (ce qui l'inquiétait par-dessus tout) et qu'elle obtiendrait au moins et *gratis* un bandage approprié.

Nous nous sommes fait les questions suivantes, que nous avons l'honneur de vous soumettre ; nous avons aussi hasardé quelques réflexions :

1° Y a-t-il vraiment deux hernies ? 2° La sérosité rendue par les deux tumeurs vient-elle d'un kyste autre que le sac péritonéal ? 3° Y a-t-il seulement hydropisie enkystée du côté droit ? 4° Les hernies sont-elles formées par l'épiploon, l'intestin, ou par leur réunion ? 5° Doit-on considérer les vers sortis comme des hydatides contenues dans un kyste, ou bien comme venant d'une anse d'intestin après une perforation qu'aucun accident n'a pu faire supposer ? 6° Quels moyens curatifs ?

Le départ bien sensible de la tumeur de l'échancrure crurale gauche et son apparition subite après de violents vomissements, ainsi que les coliques, etc., nous font croire à l'existence de la hernie ; son retour à un médiocre volume après la sortie, d'abord des vers, ensuite du liquide, nous la montre peu considérable. La nature des vers, que nous ne pouvons nous empêcher de considérer comme intestinaux, nous ôte donc toute idée d'hydatides contenues dans un kyste. Nous sommes alors disposés à croire qu'il y a eu perforation d'une anse d'intestin qui leur a permis de tomber dans le sac herniaire et de se faire jour. Ce ne serait pas le seul exemple d'une heureuse cicatrisation. Il est survenu ensuite, comme on le rencontre parfois dans les hernies anciennes, un épanchement de sérosités dans le sac herniaire, qui a dû persister avec la cause qui lui a donné naissance. Bien que la tumeur droite soit survenue sans cause appréciable, le relâchement bien prononcé de l'anneau inguinal et les symptômes éprouvés par la malade nous font également croire à une hernie. Peut-être n'est-elle formée

que par l'épiploon, et l'épanchement assez considérable qui s'y est formé tient probablement à la même cause que l'autre, à l'état maladif de la membrane séreuse. Le moyen curatif, si la malade voulait s'y soumettre, serait la rentrée des organes déplacés, après l'évacuation de la sérosité, cette femme nous paraissant d'ailleurs dans des conditions favorables pour un succès. Il serait donc à désirer qu'elle pût entrer à l'hôpital pour être soumise à un examen, et opérée s'il y avait lieu.

Observation d'une plaie pénétrante de la poitrine. — Par M. Arlin, d.-m. à Poitiers.

M....., aide-exécuteur, âgé de 27 ans, regardait avec un rire moqueur, par une fenêtre d'une maison de prostitution, des dragons qui arrivaient à Poitiers et allaient établir leur logement dans le faubourg de la Cueille.

Ce jeune homme, dans un demi-état d'ivresse, provoqua les militaires. Emporté par la vivacité de son caractère et des habitudes de *crânerie*, il fut assez imprudent pour demander de vider de suite sur le terain la querelle qu'il avait suscitée.

Dans son emportement, cet étourdi prit pour témoin un des dragons qui lui prêta son arme, et à quelques pas du lieu de la provocation nos champions se disposèrent au combat.

Au bout de peu de minutes, le provocateur tomba percé d'un coup de sabre, et dès le moment il donna si peu de signes de vie, que les militaires agitèrent la ques-

tion de le jeter à l'eau ; mais un des dragons, plus prudent, conseilla de se retirer et de laisser le blessé sur le terrain.

C'était au mois de janvier 1824, dans la nuit du 14 au 15 ; le temps était très-froid.

Au bout de deux à trois heures, le blessé sentit un peu ses forces ; le sang qui avait coulé avec abondance cessa.

Alors M..... se leva péniblement, fit tous ses efforts pour se diriger pas à pas, et après plusieurs temps de repos, chez son maître exécuteur en chef de la haute justice, rue St-Paul.

Arrivé dans sa chambre, ce jeune homme se coucha sans se plaindre ni éveiller personne ; mais à peine échauffé dans le lit le sang coula avec abondance par la plaie, et il fut en même temps atteint d'un crachement de sang.

Effrayé de sa grave position, il réveilla son maître couché à peu de distance de lui, et lui raconta en peu de mots sa triste et déplorable aventure ; on vint alors me chercher sans aucun retard.

Le malade baignant dans le sang présentait à la partie latérale gauche de la poitrine une plaie de la longueur de 14 à 15 lignes entre les 4e et 5e côtes ; on introduisait, sans pouvoir rencontrer de résistance, une sonde dans une profondeur de 22 à 23 lignes. La plaie donnait toujours une grande quantité de sang : le malade légèrement oppressé, surtout quand il parlait, présentait les caractères de la plus vive inquiétude. — Le sang qu'il crachait était vif, écumeux, abondant, et toujours précédé d'une petite toux ; le pouls conservait néanmoins une certaine force, en même temps il était

plus fréquent que dans l'état normal. La lumière placée vis-à-vis la plaie était sensiblement agitée.

Je conseillai une saignée de bras répétée de quatre heures en quatre heures, une potion gommeuse légèrement acidulée, des boissons de même espèce; je fis un pansement simple maintenu par un bandage de corps, et je prescrivis au malade de se coucher sur le lieu de sa blessure; de plus, une diète rigoureuse et le silence le plus parfait.

Le crachement de sang et l'hémorragie par la plaie cessèrent à la troisième saignée; alors je plaçai un bandage agglutinatif : la nuit du 15 au 16 janvier fut bonne; l'inquiétude du malade commença à diminuer.

Le 16, on continua les boissons et la potion prescrites; l'amélioration se soutint; la plaie était sensiblement diminuée, pas la plus légère oppression : le pouls ayant perdu de sa force et de sa fréquence, on donna du bouillon.

Le 18, il se déclara une toux pénible et fréquente qui pouvait faire naître des inquiétudes par les secousses qu'elle occasionnait. On cessa les boissons acidulées; elles furent remplacées par celles mucilagineuses simples et les potions de même espèce.

Le 19, on conseilla quelques potages, et les autres moyens prescrits la veille.

Les 20, 21, 22, 23 et 24, la plaie tendant à une cicatrisation, était sur le point d'être fermée; la toux était très-sensiblement diminuée.

On augmenta successivement les moyens alimentaires, en réduisant ceux thérapeutiques, et la convalescence s'établit le 26 janvier après onze jours de maladie.

Observation d'une tumeur squirreuse du sein. Opération. Cicatrisation complète et diathèse cancéreuse. — Lue à la Société de médecine, par M. Arlin, d.-m. à Poitiers.

Messieurs,

Je pense que c'est un tort de présenter trop souvent des cas de guérison dans le sein de votre Société : l'exercice de notre profession offre malheureusement trop de sinistres; aussi, pour payer un tribut à la vérité, je viens vous en donner un exemple, quoique la malade n'ait pas succombé depuis près de vingt mois que l'opération a été faite.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, que les résultats primitifs des opérations chirurgicales paraissent trop souvent satisfaisants; mais il n'en est pas ainsi des résultats définitifs.

On s'accorde, en général, à dire que le nombre des opérations trop chanceuses augmente dans une proportion effrayante ; aussi, dans les établissements publics, on compte avec anxiété nos coups de mains et nos coups d'instruments. L'opinion judicieuse d'une autorisation de conseil pour toute opération grave doit être partagée par tout praticien ; c'est pourquoi, Messieurs, j'ai réuni les avis de plusieurs de vous avant de pratiquer cette opération.

Marianne Soulas, femme Marais, d'un tempérament avec une prédominance nerveuse, est âgée de 54 ans accomplis ; dans son enfance, elle eut des maladies éruptives et des fièvres intermittentes très-rebelles de divers types.

A 14 ans, réglée pour la première fois, elle eut encore jusqu'à l'époque de son mariage contracté à l'âge de 25 ans, plusieurs maladies inflammatoires des organes de la poitrine.

A peine établie, elle devint enceinte : l'accouchement de son premier enfant heureusement arrivé, fut suivi d'une maladie grave occasionnée par un moyen énergique (j'ignore lequel) placé sur ses seins, dans le but d'en diminuer le gonflement. Cette maladie, qu'il m'est impossible de caractériser, dura six mois, et compromit l'existence de la malade.

Marianne de nouveau enceinte, la convalescence s'établit et sa santé prit successivement son état normal.

Elle eut d'autres enfants, tous nourris par elle, et qui jouissent d'une santé parfaite.

Il y a environ vingt ans, la femme Marais s'aperçut au sein et pour la première fois d'une petite dureté non naturelle, ne lui causant pas la plus légère incommodité.

Elle ne pouvait indiquer précisément ni l'époque de son existence primitive ni la cause ; elle était néanmoins portée à l'attribuer à un coup qu'elle reçut alors. Du reste, Marianne jouissait d'une bonne santé, et vaquait avec facilité à tous ses grands travaux.

Cette tumeur était arrondie, et roulante sous le doigt; les dix premières années, elle ne fit pas le plus léger progrès; les cinq années suivantes, à chaque époque de menstruation, elle se développait sensiblement; en même temps, elle devenait légèrement douloureuse; mais cette surexcitation disparaissait à la fin des règles.

Depuis cinq ans, la menstruation éprouvant certains changements, la glande prenait sensiblement de l'ac-

croissement, mais sans faire naître de la douleur à la malade, à l'exception de l'époque des menstrues. Je ferai remarquer que cette augmentation de volume à l'époque périodique était d'autant moins considérable que les règles avaient été abondantes.

Ce fut en automne 1835 que la femme Marais se décida à me montrer son sein ; et cependant, depuis longues années, elle me consultait tant pour son mari, sa famille, que pour elle-même.

La tumeur était alors du volume d'un œuf de cane, arrondie, et roulante sous le doigt sans la plus légère douleur ; le tissu cellulaire environnant était peu engorgé : la malade y éprouvait même rarement un chatouillement ; l'état général offrait des conditions favorables, et les glandes de l'aisselle ne paraissaient pas affectées. Je proposai d'abord un traitement interne, et me contentai de faire appliquer sur le sein malade un morceau de peau d'oie préparée.

Au bout de deux mois, la tumeur, loin de diminuer, avait sensiblement augmenté ; aussi avait-elle contracté des adhérences avec la peau ; de temps à autre, il survenait des élancements passagers, il est vrai, mais de plus en plus rapprochés. On pouvait cependant la toucher et même la comprimer assez fortement sans y occasionner de la douleur ; il existait une légère tuméfaction dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle.

Ce fut à cette époque seulement qu'il me fut possible de proposer un changement de traitement, et de faire entrevoir l'utilité d'une opération.

La malade et sa famille, effrayées de ma proposition, me demandèrent de recevoir les conseils d'un de mes collègues, ce qui me fit beaucoup de plaisir.

La tumeur ayant résisté pendant un certain temps à diverses méthodes de traitement, perdant l'espérance de pouvoir en procurer la résolution, et même de la voir stationnaire, comme cela arrive quelquefois à cet âge, il ne restait donc plus que deux partis à prendre, ou de s'abstenir de fatiguer une femme d'ailleurs bien portante par des médicaments dont le moindre inconvénient était l'inutilité, ou bien enlever la tumeur avec l'instrument.

La consultation fut unanime, et on reconnut qu'il ne restait plus d'autre chance que de se décider à l'opération.

Il existait bien des probabilités de succès, mais néanmoins les chances n'étaient pas favorables : la tumeur était ancienne; elle s'était développée à l'époque des variations menstruelles; on ne pouvait reconnaître qu'elle fût le résultat d'un coup, ou de toute autre cause externe.

Cette tumeur était adhérente à la peau, qui était amincie, et confondue avec la glande elle-même; il n'y avait point de suppression des règles, mais elles étaient irrégulières; de plus, les glandes de l'aisselle commençaient à s'engorger.

Néanmoins point d'ulcération, et toutes les autres conditions sanitaires existaient.

Je fis un nouvel appel aux lumières de plusieurs confrères, et tous unanimes nous arrêtâmes que l'existence de la malade était compromise, et qu'il ne restait plus que l'opération, dont le succès était douteux.

Les observations rapportées par Valsalva, Lecat, Foubert, etc., suivies, dit-on, de succès, offraient à la médecine beaucoup moins de chances.

Encouragé par les conseils de plusieurs collègues qui

m'avaient été adjoints, et par les heureux résultats que j'avais obtenus en faisant des opérations semblables, je déterminai la malade, et lui fis faire une légère préparation.

L'opération fut faite d'après les règles de l'art et avec le plus grand soin, la tumeur enlevée ainsi que toutes les duretés existantes dans la plaie; enfin j'eus l'attention de lier toutes les artères ouvertes, même les plus petites, puis je rapprochai les lambeaux des téguments et j'appliquai un bandage convenable.

Avec de telles précautions, j'ai évité un accident toujours fâcheux, l'hémorragie, et qui oblige à lever l'appareil pour faire la ligature d'artères oubliées, et en même temps la fatigue d'un nouveau pansement, lorsque le malade a un si grand besoin de repos.

La dissection des glandes de l'aisselle, qui en apparence est une légère opération, a été pour moi plus pénible que la première opération; d'abord la malade, épuisée par les douleurs, paraissait ne pouvoir pas y résister; d'un autre côté, le soin minutieux qu'il faut apporter exige naturellement un temps assez long.

Ces considérations puissantes à mes yeux me déterminèrent, malgré l'avis unanime des grands maîtres, à commencer par l'extirpation de ces glandes, quand elles sont trop éloignées du sein malade, avant de faire l'amputation, d'autant que la malade ne voit que l'enlèvement du sein, et qu'elle conserve toujours jusqu'à la fin de cette ablation une détermination courageuse, qui l'abandonne quand elle voit prolonger l'opération sur une partie qui n'était pas le centre de ses souffrances.

Deux glandes assez volumineuses furent extirpées; elles étaient profondément situées, au point qu'à la der-

nière, je fus forcé, dans la crainte de blesser les vaisseaux axillaires, de la couper successivement couche par couche pour l'enlever entièrement.

La réunion de cette dernière plaie fut tentée immédiatement, et on rapprocha le plus possible les autres lambeaux avant de placer le bandage maintenu par une grande bande.

La dissection de *la tumeur mammaire* prouva l'existence d'un tissu squirreux, d'une matière cérébriforme, et puis d'un petit foyer de suppuration.

Des pansements régulièrement faits procurèrent dans l'espace de 70 à 80 jours une cicatrisation totale ; mais avant d'y arriver, et sur la plaie primitivement fermée, il se développa un petit bouton qui fut promptement suivi d'un autre. Ce dernier prit de l'augmentation, au point que, dans l'espace de vingt jours ou environ, il avait plus que la grosseur d'un œuf de pigeon.

La figure et l'état général perdant ses conditions sanitaires, il n'existait plus de doute sur l'existence d'une diathèse cancéreuse.

Les espérances furent donc entièrement dissipées, et les symptômes graves qui accompagnent ordinairement la marche progressive de cette cruelle maladie ne tardèrent pas à se dessiner.

Deux hémorragies abondantes ont précédé la cachexie; et je me borne à faire la médecine des symptômes, en traitant les diverses complications, telles que les douleurs de poitrine, la toux, la diarrhée et l'œdème ; plus, conseiller un régime convenable, et quelques doses d'opium sous diverses formes, en attendant que la mort vienne mettre fin à l'existence de la femme Marais.

Du Cancer des joues. Observation remarquable communiquée à la Société de médecine de Poitiers, dans sa séance du 8 novembre 1837. — Par M. Thiaudière, d.-m. à Gençay.

Il est d'une grande importance, dans la pratique, de s'entendre sur la question de savoir si le cancer est une affection générale ou locale, puisque dans le second cas on ne peut opposer aucune objection à son extirpation, et que dans le premier l'on peut considérer l'opération comme inutile ou même nuisible, en ce qu'elle peut convertir un squirrhe en un cancer ulcéré ou faire revenir le mal dans une autre partie. Ces considérations générales une fois posées, je vais soumettre à la Société une observation remarquable d'un carcinôme à la face, chez un vieillard plus que septuagénaire qui a longtemps cultivé notre profession.

M. A..., chirurgien, vint me consulter, le 30 mars 1837, pour un ulcère de mauvaise nature qu'il portait depuis près d'une année à la joue gauche : cette affection avait commencé par un petit bouton que le malade avait pris l'habitude de couper en se faisant la barbe, et qui toujours détruit au fur et à mesure qu'il reparaissait, avait fini par s'enflammer et par s'ulcérer. Depuis six mois de traitement par différents topiques, le mal n'avait fait qu'augmenter, et au jour où il me fut présenté, je lui trouvai la largeur d'une pièce de trente sous; les bords étaient épaissis, décollés et frangés ou taillés en biseau ; le fond s'éloignait des bords, il était grisâtre et formé par un tissu extrêmement dur ; sa nature carcinomateuse ne me parut pas douteuse : je con-

seillai d'abandonner toute espèce de topiques et d'en venir à l'opération... Qui ne sait, en effet, que les ulcères cancéreux succèdent souvent à des verrues, à des boutons croûteux, et que lorsqu'ils ont détruit avec la peau le tissu cellulaire et les parties sous-jacentes, de manière à mettre la vie des malades en danger par leurs vastes ravages et l'influence générale qu'ils exercent, l'on trouve dans leurs bords durs et renversés et dans le fond de l'ulcération, le tissu squirrheux tout aussi développé que dans les tumeurs où il se montre d'abord ; alors il paraît consécutif à l'ulcération, tandis que dans le cancer des organes membraneux et des glandes il est considéré comme le noyau, comme la base de la maladie. C'est une différence dont tous les médecins ignorent probablement la cause; mais il est constant que la peau est rarement squirrheuse avant d'avoir été ulcérée.

Le 3 avril suivant, je circonscrivis, par deux incisions semi-elliptiques, l'ulcération qui fut enlevée, en largeur et en profondeur, au-delà des limites apparentes du mal, en présence et avec l'assistance de M. Rochefort, de Verrières, médecin ordinaire du malade; et je pansai la plaie à plat, voulant obtenir la cicatrisation par formation d'un tissu nouveau. Dans d'autres cas analogues, j'ai toujours remarqué que l'affection cancéreuse s'annonce à la peau tantôt par un tubercule indolent qui s'ulcère et fait des progrès rapides, tantôt par des gerçures rapprochées, superficielles, fournissant une mucosité que l'air dessèche sous forme de croûte jaune ou grise, et accompagnées de démangeaisons incommodes et d'élancements rares et peu marqués, comme on l'observe à la peau du visage.

Quant au malade dont je donne ici l'observation, je

le revis le 20 avril. A cette époque, la plaie était rétrécie des deux tiers; les nouveaux bords formés par la cicatrice étaient adhérents au fond et d'apparence solide : le milieu seul, de la largeur d'une pièce de cinquante centimes, n'était pas cicatrisé; il était occupé par des chairs rouges et baveuses que je cautérisai avec le nitrate d'argent, espérant bien qu'avant peu la cicatrisation serait complète : cependant le 25 mai, sans que la plaie se fût agrandie, elle ne s'était nullement rétrécie, et je fus obligé de faire la résection de chairs fongueuses qui remplissaient le fond de la plaie, ensuite de cautériser pour favoriser la naissance de bourgeons charnus de bonne nature destinés à combler le vide que j'avais fait. Le 7 juin, je trouvai le malade presque guéri; la plaie aurait pu être couverte avec un bouton d'épingle, mais enfin elle n'était pas fermée, et comme le temps qui s'était écoulé depuis l'opération avait été plus que suffisant pour amener la guérison complète s'il n'y eût pas eu quelque levain régénérateur, je soupçonnai dès ce temps-là une récidive, tout en me flattant cependant d'être agréablement trompé par une cure prochaine.

Le 7 juillet je revis M. A... ; mes craintes s'étaient réalisées, mais au-delà de mes suppositions; ce n'était plus une plaie que j'avais sous les yeux, c'était un véritable ulcère de la largeur d'une pièce de cinq francs, à bords durs, inégaux, boursouflés, douloureux, violacés, renversés en dedans et décollés dans leurs trois quarts supérieurs; un ulcère du plus mauvais aspect et qui paraissait occuper toute l'épaisseur de la joue, moins la membrane muqueuse buccale. En le voyant, je me rappelais l'opinion de *Monro* qui a toujours vu la ma-

ladie être plus violente et faire de plus rapides progrès lorsqu'elle revenait pour la deuxième fois, que chez ceux sur lesquels l'on n'avait pratiqué aucune opération.

L'inspection de ce cancer récidivé ne me donnait aucun espoir de pouvoir le guérir autrement que par une seconde opération ; mais comment la proposer à un malade de soixante-seize ans, désabusé des espérances qu'il avait conçues une première fois ! La position était difficile et délicate, et je ne crus pas pouvoir mieux en sortir qu'en lui faisant comprendre qu'une consultation était nécessaire ; il y consentit, et le 10 juillet nous nous trouvâmes, M. Rochefort et moi, en compagnie de notre confrère le docteur Orillard.

L'examen attentif auquel nous nous livrâmes nous démontra qu'une opération nouvelle était indispensable pour sauver les jours du malade, menacés par les progrès effrayants du cancer, qu'elle était praticable et qu'il était possible d'enlever tout le mal, dût-on attaquer toute l'épaisseur de la paroi de la joue et s'exposer aux inconvénients d'une fistule salivaire en lésant le canal de Sténon. M. Orillard, bien persuadé que c'était la seule chance de salut qui restât, aborda franchement la question auprès de M. A..., sans toutefois négliger les ménagements que nécessitait une pareille communication, et le laissa, sinon décidé, du moins convaincu. Nous n'insistâmes pas davantage, et pour gagner la confiance du malade nous l'engageâmes à faire un voyage à Poitiers pour y réunir avec nous un certain nombre de médecins de son choix qui, *en sa présence* et *avant nous*, donneraient leur avis sur la nature de sa maladie et les moyens curatifs à employer, lui donnant l'assurance que nous nous rendrions à leur opinion. M. A...

accéda à cette proposition, et le 12 juillet, M. Orillard et moi nous nous trouvions à Poitiers en consultation avec nos confrères, les docteurs Bas, Quotard et de la Marsonnière. Tous ces Messieurs, sans discuter le mode d'opération, exprimèrent unanimement l'avis qu'une seconde opération devait être tentée et pouvait être suivie de succès. M. A..., qui s'attendait, sans la désirer, à cette déclaration, prit immédiatement son parti et fixa au 14 juillet le jour de l'opération.

Si dans l'état actuel de la science il est bien difficile de connaître *à priori* le véritable cancer, au moins devons-nous croire avec *Boyer* que la récidive de la maladie, après une première ablation, est jusqu'à présent la seule circonstance propre à lever tous les doutes; nous devions donc être bien éclairés sur la nature du mal que nous avions à traiter. Dans cette circonstance pouvait-on raisonnablement reprocher quelque chose à la première opération? Je sais bien que lorsqu'un cancer se reproduit dans la même partie après que l'opération a été pratiquée, la cause en est souvent due à quelque portion de tumeur malheureusement laissée, ou à ce que l'opération a été pratiquée trop tard. L'on comprend combien il est possible que l'opérateur laisse quelque portion du cancer, lorsqu'on considère la manière dont les bandes blanches, qui ressemblent aux ligaments, se répandent dans le tissu graisseux environnant, et que même les fibres des muscles qui se trouvent au-dessous d'une tumeur cancéreuse sont fréquemment affectées; mais aussi il faut bien avouer que la maladie est quelquefois, d'après toutes les apparences, si nettement et si complétement enlevée qu'on peut en attribuer la récidive, peut-être avec autant de probabilité, à la conti-

nuation d'action de la cause inconnue qui a produit primitivement l'affection cancéreuse.

Le 14 juillet, je me trouvai à Bouresse avec MM. Rochefort et Orillard; nous discutâmes longtemps le mode d'opération. Pour éviter au malade le malheur d'une seconde récidive, nous arrêtâmes que nous ne laisserions pas suppurer la plaie d'opération, et, nous rappelant les beaux succès dus à l'autoplastie par le docteur Martinet de la Creuse, nous étions bien tentés de suivre son procédé, qui consiste à tailler dans les tissus environnants et hors de l'atmosphère cancéreuse un lambeau bien nourri et de forme appropriée à celle de la plaie, elle-même recouverte de bourgeons charnus louables, à tordre le pédicule de ce lambeau et à l'appliquer par sa face saignante sur celle de la plaie, et enfin à pratiquer des points de suture en aussi grand nombre que le lieu l'exige. Nous savions que pour obtenir une réparation aussi complète que possible, et pour avoir toute sécurité dans la réussite, nous ne pouvions pas nous adresser à un procédé plus efficace que celui de la chéiloplastie; mais pouvions-nous faire le même jour une double opération à un malade presqu'octogénaire, qui ne s'était décidé que bien difficilement à en subir une? Nous convînmes donc d'opérer par la méthode ordinaire, en obtenant toutefois la réunion par première intention.

C'est surtout au visage que la peau, tendue par les éminences osseuses sous-jacentes, ne peut se rapprocher et prêter assez pour remplir le vide et réparer les parties détruites; aussi chaque circonstance demande-t-elle en quelque sorte un procédé nouveau, à cause de la diversité des cas et de la conformation variée des parties sur

lesquelles on opère. Nous avions à nous décider entre plusieurs modes également praticables : circonscrire le cancer par deux incisions semi-elliptiques faites verticalement ou transversalement, ou bien encore circonscrire l'ulcère par quatre incisions en carré. Nous adoptâmes les incisions semi-elliptiques et verticales, pour ne pas nous exposer à couper les muscles dans un sens opposé à la direction de leurs fibres ; et comme il est admis généralement que la disposition au cancer existe dans les parties environnantes avant le développement de l'affection morbide, nous résolûmes de ne pas nous contenter d'enlever simplement la partie engorgée ou réellement affectée, mais d'emporter aussi une portion de la substance environnante dans laquelle il pouvait y avoir déjà une disposition maladive. Ces préliminaires une fois arrêtés, je procédai à l'opération de la manière suivante :

Je circonscrivis le cancer par deux incisions semi-elliptiques qui, par leur réunion, formèrent un angle supérieur et un angle inférieur, et je disséquai à droite et à gauche les lambeaux avec beaucoup de précaution, de manière à ne laisser aucun tissu qui pût paraître douteux : je cernai profondément la tumeur, cependant je pus l'enlever en conservant la membrane muqueuse de la bouche et le canal de Sténon ; je mis tout le muscle masseter à nu et fis plusieurs ligatures d'artères, en commençant par la faciale. Ce premier temps de l'opération ne fut pas long ; mais quand il fallut réunir j'éprouvai les plus grandes difficultés : la partie moyenne de l'ovoïde formé par la plaie était très-large, et les bords ne se rapprochaient bien que vers les angles ; je commençai par y placer des aiguilles que je fixai de suite par des fils cirés

confiés à un aide ; mais au milieu de la plaie les aiguilles n'étaient pas assez longues pour aller d'un bord à l'autre ; et sans l'aide intelligent de M. Orillard, qui exerçait de fortes tractions sur cette partie de la face qui présente le moins d'extensibilité, je n'aurais jamais pu parvenir seul à faire la suture entortillée, tant il paraissait difficile de combler cette énorme perte de subtance par le seul rapprochement des bords : cependant nous y parvînmes, et nous pansâmes le malade, qui supporta tous les temps de cette douloureuse opération avec un rare courage, et s'il témoigna un peu de sensibilité et d'impatience, ce fut plutôt pendant la suture que pendant l'ablation de la tumeur. Quelques heures s'étaient à peine écoulées depuis l'opération, que M. A.... accusait déjà les plus vives souffrances, il ne pouvait trouver de position convenable et semblait en proie à la plus grande agitation. Il fut convenu avec M. Rochefort que si le pouls s'élevait dans la soirée, une saignée du bras serait pratiquée et qu'on entretiendrait la liberté du ventre ; toutes ces précautions ne furent pas négligées.

Le 19 juillet nous levâmes l'appareil ; nous aurions voulu pouvoir laisser tous les fils en place, mais les aiguilles du milieu s'ôtèrent avec la plus grande facilité et les fils vinrent aussi ; il n'y avait eu de rapprochement qu'aux deux angles, car à la partie moyenne la plaie s'était rouverte, et son fond grisâtre et son odeur nous dénotèrent une pourriture d'hôpital des plus caractérisées. Le malade n'était plus reconnaissable, son nez, ses lèvres, ses yeux et ses oreilles étaient enflés outre mesure ; il ne pouvait se faire comprendre que par signes ; son pouls était intermittent ; il n'avait pas dormi une heure depuis l'opération. Tous ces symptômes étaient bien ca-

pables de nous donner de l'inquiétude; cependant nous cautérisâmes le fond de la plaie avec le nitrate d'argent, et nous le remplîmes avec de la charpie imbibée de chlorure d'oxide de sodium pur.

Le 21 juillet, tous ces signes avaient augmenté d'intensité; un instant l'on avait cru le malade près d'expirer, la pourriture d'hôpital avait fait de notables progrès. M. Orillard cautérisa avec l'acide hydrochlorique et pansa comme la première fois avec le chlorure. En même temps que cette plaie d'opération devenait un sujet de craintes pour la vie du malade, comme si ce n'était pas pas assez, nous remarquâmes qu'une tumeur large, dure et parfaitement circonscrite, se formait derrière l'oreille et provoquait des élancements et une douleur atroce. Nous la fîmes recouvrir de cataplasmes émollients, et recommandâmes de faire prendre au malade quelques toniques à l'intérieur.

Le 25 juillet je n'aperçus plus au fond de la plaie la couleur grise de la pourriture d'hôpital, la véritable gangrène ordinaire en avait pris la place. Je cautérisai avec le nitrate d'argent, je détachai quelques escarrhes, et fis continuer les cataplasmes émollients sur la tumeur mastoïdienne qui commençait à se ramollir un peu.

Le 29 juillet l'état général du malade était empiré, son pouls était inégal et intermittent, sa peau presque froide; il ne pouvait avaler le moindre liquide sans avoir des quintes de toux interminables, à la suite desquelles il expectorait des crachats purulents; une oppression extraordinaire menaçait à chaque instant de le suffoquer; son visage était toujours enflé, et il lui était impossible de s'exprimer autrement que par écrit. Quant à la plaie, la gangrène s'étendait toujours et faisait de nouveaux pro-

grès en profondeur; je détachai une grande quantité de lambeaux tombés en mortification et pansai avec le chlorure de soude pur; les pansements durent être renouvelés toutes les cinq heures. La tumeur qui siégeait derrière l'oreille était toute ramollie et criblée d'une infinité de petits trous sans changement de couleur à la peau; c'était un véritable anthrax. Je le traversai par un séton, en me servant, pour le pratiquer, des deux ouvertures naturelles les plus éloignées.

Le 31 juillet, ainsi que les 2, 7 et 11 août, il n'y eut aucuns changements apportés à l'état général et à la plaie, pas plus qu'au traitement suivi précédemment; seulement l'anthrax était entièrement ouvert, il ne formait plus qu'une large plaie, complétement livrée aux ravages de la gangrène, que je pansai comme la plaie d'opération. L'oppression revenait par accès, mais si terribles, qu'on eût dit, en en étant témoin, que le malade ne les verrait pas finir. C'était pitié de voir ce malheureux, pour trouver un peu de soulagement, s'échapper de son lit, se placer tout nu, debout entre deux croisées ouvertes, et, soutenu par des aides, chercher pendant des heures entières à humer l'air atmosphérique.

Le 15 août, une escarrhe, en se détachant de la plaie d'opération, laissa à découvert une portion de l'os de la pommette; mais les jours suivants, jusqu'au 30 août, les deux plaies me donnèrent moins d'inquiétude, la gangrène ne les quittait pas, cependant elle paraissait bornée, et chaque jour j'en détachais des morceaux. Malgré tout, l'état général du malade n'était pas satisfaisant; son pouls, il est vrai, était moins intermittent, sa figure commençait à désenfler, mais son agitation était la même et sa sensibilité portée à l'excès.

Cependant la gangrène disparaissait chaque jour, et les plaies se nettoyaient, se couvraient de bourgeons charnus et semblaient déjà se rétrécir; la dénudation de l'os malaire devait apporter du retard à la cicatrisation, et une exfoliation partielle était inévitable.

Le 8 septembre, en voulant faire le pansement, je trouvai détachée une lamelle de cet os, et dès lors la guérison marcha à grands pas; il me fallut souvent réprimer les bourgeons charnus. J'éloignai les pansements, qui ne furent plus faits que deux fois le jour. Le malade commençait un peu à manger; il n'avait plus d'accès d'asthme, et son pouls était devenu régulier. Ce mieux alla toujours en augmentant, tant pour l'état général que pour les plaies qui, chaque jour, se rétrécissaient davantage. Enfin, le 8 octobre 1837, je lui fis ma dernière visite; je le trouvai entièrement guéri et ses deux plaies complétement cicatrisées. Il avait déjà repris toutes ses occupations et la vie active qu'il a toujours menée, et il ne lui restait pas d'autre incommodité qu'un ectropion ou renversement de la paupière inférieure, qui ne s'est montré que bien tard et qui tenait peut-être à la destruction, par la gangrène, de quelques petits filets nerveux.

Cet état de guérison complète dura jusqu'à la fin de l'année. Mais au commencement de 1838 M. A... vit apparaître sous le menton une petite tumeur dure et indolente, comme une glande engorgée, qui resta quelque temps stationnaire sans donner trop d'inquiétudes au malade qui pensait avoir affaire à un simple furoncle. Cependant, au mois de mars, la tumeur s'étendit en largeur, et quelques élancements s'y firent sentir. M. A..., inquiet, ne crut pouvoir mieux faire, pour prévenir une

fâcheuse rechute, que d'ouvrir un cautère derrière l'oreille gauche, dans le point même où s'était précédemment développé un anthrax.

Ce moyen dérivatif ne sembla pas arrêter les progrès de la tumeur sous-mentonnière, car elle ne tarda pas à acquérir un volume considérable, et à comprendre dans sa formation les glandes sous-maxillaires elles-mêmes : bientôt après il y eut changement de couleur à la peau qui la recouvrait ; elle se ramollit et s'ouvrit au mois de mai suivant. Alors il fut facile de se convaincre de la nature cancéreuse du mal et de son incurabilité. La plaie laissa suinter un pus ichoreux et fétide, en même temps qu'elle fut saignante au moindre toucher. Elle avait l'apparence d'un fongus.

Dans une semblable situation, il ne pouvait plus être proposé d'opération. Aussi n'employa-t-on qu'un simple traitement palliatif pour rendre plus supportables les derniers moments d'une vie qu'on ne pouvait conserver. M. A... est mort, en effet, le 2 juillet 1838, une année après sa grande opération, sans que la cicatrice de sa joue ait rien perdu de ses caractères de bonne apparence et de solidité.

Certes voici une observation remarquable à plus d'un titre. La maladie qui faisait entreprendre une opération offrait par elle-même et ses antécédents bien de l'intérêt ; et voici qu'à la suite de cette opération, une autre maladie faite à point pour en compromettre le succès, se montre sous plusieurs formes, se multiplie pour ainsi dire, et qu'en définitive elle n'a peut-être pas été étrangere à l'étonnante guérison qui a suivi, si l'on se rappelle cette observation citée par M. Richerand dans ses ouvrages, d'une femme de 48 ans chez laquelle une

tumeur cancéreuse du sein tombée en gangrène guérit sans récidive.

Une deuxième récidive a cependant eu lieu chez le malade qui fait le sujet de cette observation, et est venue, après mille autres faits semblables, démontrer combien est grande la persistance du cancer à reparaître sur tous les points et sous toutes les formes, et à se jouer ainsi des moyens d'attaque les mieux combinés. Ç'a été en vain qu'une opération a bien complétement enlevé toutes les parties malades, le génie cancéreux a su se trouver une autre place. Délogé d'un point, il en occupe aussitôt un autre, quand la constitution est infectée de son principe, et que la maladie n'est plus locale.

Considérations pratiques sur le rectocèle vaginal. — Par M. Thiaudière, d.-m. à Gençay.

Le rectocèle vaginal est une affection nouvelle, ou, pour mieux dire, nouvellement décrite, qui consiste dans un prolapsus de la partie antérieure du rectum à travers la vulve. Elle a reçu ce nom de M. Malgaigne, qui en a donné la description et tracé l'histoire complète dans un travail récemment publié parmi les mémoires de l'académie royale de médecine.

L'on en est à se demander comment il s'est fait que cette maladie soit restée inconnue jusqu'à présent ; ce n'est pourtant pas qu'elle soit du nombre de celles qui sont infiniment rares, loin de là, mais elle avait toujours été confondue avec les divers prolapsus du vagin. Moi-

même j'ai eu occasion d'observer un fait de cette nature, et, en l'absence de toutes notions sur le rectocèle vaginal, j'ai diagnostiqué tout d'abord un renversement de la paroi postérieure du vagin ; mais aussitôt que j'ai eu connaissance du travail de M. Malgaigne, je me suis empressé de réformer mon premier diagnostic, et si mes doutes ont été levés immédiatement, c'est pour moi un devoir, pour rendre hommage à la vérité, d'exposer franchement le résultat de ma pratique et de chercher ainsi à consacrer une des conquêtes de notre chirurgie moderne.

Dans l'étude des causes du rectocèle vaginal, M. Malgaigne a recherché l'influence de l'âge; et sur treize femmes chez lesquelles il a exactement noté l'époque de l'apparition de la maladie, il y en avait de 22 à 30 ans, 4; de 31 à 40, 4; de 41 à 50, 4; de 53, une : d'où il semble qu'on pourrait déduire que le rectocèle a lieu de préférence dans l'âge adulte des femmes. Toutes les malades soumises à l'observation du chirurgien distingué auquel nous devons ces détails, avaient eu des enfants avant leur accident, à l'exception d'une seule qui l'attribua à une chute faite au sixième mois de sa première grossesse : sur douze cas on trouve que trois femmes avaient eu 1 enfant, deux 2 enfants, deux 3 enfants, deux 4, une 6, une 7, et une 10.

Le rectocèle se manifeste au dehors par une tumeur arrondie, faisant saillie à travers la vulve, tantôt lisse, tantôt offrant à sa surface les plis de la muqueuse vaginale suivant la grosseur qu'elle atteint, grosseur qui varie beaucoup. Mais il est un moyen très-simple et vraiment caractéristique, que M. Malgaigne appelle pathognomonique et qui ne doit laisser aucun doute sur le

diagnostic, c'est l'introduction du doigt dans le rectum ; si la paroi antérieure de cet intestin est en place et éloignée de la tumeur vaginale, il n'y a pas de rectocèle ; mais si le doigt constate que la muqueuse rectale plonge au fond de cette tumeur, si ce doigt arrive ainsi à deux ou trois lignes de la surface de la hernie, évidemment le rectum en fait partie et le rectocèle est reconnu. Le symptôme le plus important de cette maladie est la constipation poussée quelquefois au point de devenir extrêmement douloureuse : peu de femmes échappent à cette fâcheuse conséquence de leur affection. Le rectocèle n'existe pas toujours à l'état simple; il peut se joindre à d'autres prolapsus, et bien plus fréquemment, suivant M. Malgaigne, au cystocèle qu'à la chute de l'utérus. Voici d'ailleurs, sur un total de 16 observations citées par ce praticien, la proportion de ces complications. Rectocèles simples, 5 ; rectocèles avec cystocèle, 7 ; rectocèles avec chute de l'utérus, 1 ; rectocèles avec chute de l'utérus et cystocèle, 3. M. Malgaigne n'a vu qu'une seule fois le rectocèle disparaître spontanément, et, chose remarquable, il présentait le volume du poing, chez une femme de 30 ans qui l'avait gagné à la suite d'une fausse couche. Est-il possible d'en procurer la cure radicale ? M. Malgaigne pense que si l'on avait à tenter quelque opération, il faudrait commencer par enlever une portion des tuniques élargies du rectum, de manière à rendre à cet intestin à peu près son calibre; alors l'ablation partielle de la muqueuse vaginale et l'adossement des deux cicatrices suffiraient probablement pour empêcher la récidive. Mais la cure palliative lui paraît, comme elle vous paraîtra, Messieurs, plus certaine et moins dangereuse. La seule indication à remplir est de

réduire et contenir la tumeur. Ayant pu juger de l'insuffisance des pessaires ordinaires pour cet objet, M. Malgaigne a fait fabriquer un pessaire de caoutchouc en forme de sablier, savoir : un entonnoir large et ouvert en haut dans la moitié supérieure du pessaire ; cet entonnoir n'a pour but que d'assujétir l'instrument dans le vagin et de recevoir le col de l'utérus ; et le second entonnoir, plus petit, ouvert en bas, refoule directement la tumeur en arrière et lui offre de plus un point d'appui sur la gouttière qui le sépare du premier. Ces considérations générales une fois établies, je ne crois pouvoir mieux faire que de lire l'observation suivante qui, si elle ne jette pas un nouveau jour sur une question déjà si bien éclairée, sera du moins une preuve de plus en faveur de l'existence du rectocèle vaginal, et aura aussi le mérite de l'actualité puisque la malade est toujours soumise à nos soins.

Marie Aubert, femme *Marnais*, a eu cinq enfants : de son dernier, qui fut une fille, elle accoucha le 4 septembre 1829. Huit jours après environ, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur qui descendait dans le vagin et faisait saillie hors de la vulve. C'était une chute de matrice, pour laquelle elle ne demanda aucuns conseils, et qu'elle se borna à retenir à l'aide du simple bandage dont les femmes font usage à l'époque des menstrues. Suivant les expressions de la malade, cette tumeur tantôt remontait, tantôt redescendait, et elle n'y faisait pas d'autre attention. Cet état de choses dura pendant cinq années ; mais, en juin 1835, cette pauvre femme fut prise de douleurs très-vives à l'hypogastre, à l'occasion desquelles elle me parla de son infirmité. Je m'assurai alors de l'existence d'une chute de l'utérus, et j'appliquai un pes-

saire qui maintint en place cet organe. Les douleurs de l'hypogastre cessèrent et furent remplacées par une coxalgie du côté droit et des palpitations du cœur qui firent garder le lit pendant trois mois ; après quoi, le mieux survenu dans sa position me fit perdre cette malade de vue. Cependant, au mois de décembre 1837, la coxalgie reparut et la cuisse fut le siége d'un gonflement considérable, à la suite duquel survint, à la partie antérieure et supérieure, un abcès qui s'ouvrit spontanément et donna issue à une grande quantité de pus clair et lactescent ; dès lors la malade fut soulagée et put reprendre ses occupations. Mais l'ouverture resta fistuleuse, et il continua de s'en échapper chaque jour un peu de pus jusqu'au 15 janvier dernier. A cette époque je fus appelé, et elle me raconta qu'ayant perdu son pessaire elle avait éprouvé, au commencement d'octobre 1838, des douleurs abdominales, du malaise, de l'anorexie, de la dysurie, et qu'enfin elle avait ressenti au-devant de la vulve une tumeur dont elle avait pu suivre les progrès. Longtemps elle avait cru au retour de sa chute de matrice, et tant qu'elle ne s'était pas trouvée trop incommodée elle n'avait pas cherché plus d'éclaircissemens ; mais quand les douleurs abdominales furent devenues intolérables, et qu'à la dysurie eut succédé la rétention d'urine, elle pensa à demander du soulagement. Sa maladie m'apparut sous la forme d'une tumeur arrondie, située entre les grandes lèvres, et offrant à sa surface quelques rares plis de la membrane muqueuse vaginale ; son volume était celui d'un œuf de poule, et elle obstruait entièrement l'entrée du vagin ; le doigt indicateur, qui ne pouvait trouver place qu'en la déprimant, la circonscrivait bien dans tous les sens, excepté à sa partie inférieure où

elle adhérait à la commissure postérieure des grandes lèvres. Je diagnostiquai tout d'abord un renversement du vagin, et, justifiant la rétention d'urine par la compression ou le changement de direction que pouvait éprouver le canal de l'urètre, j'employai le cathétérisme qui dut être renouvelé plusieurs fois dans les vingt-quatre heures ; en même temps je prescrivis des bains de siége et des boissons délayantes. Mais depuis que M. Malgaigne a introduit dans le vocabulaire chirurgical le nom de rectocèle vaginal, qui paraît parfaitement approprié à ce genre d'affection, j'ai dû le donner à celle que j'avais prise pour un prolapsus du vagin, et je n'ai pas hésité à le faire : en effet cette tumeur sortait et gonflait davantage durant les efforts et diminuait après l'effort passé, absolument comme une hernie ; d'un autre côté, si je portais le doigt indicateur dans le rectum, et si, le recourbant en crochet, je le dirigeais en avant, je constatais très-clairement que la paroi antérieure du rectum plongeait au fond de cette tumeur dont elle tapissait la cavité, et qu'un second doigt placé sur la face antérieure de la tumeur n'était séparé du premier que par l'épaisseur des deux membranes vaginale et rectale adossées. Avant d'avoir réformé mon premier diagnostic je n'avais pas négligé l'introduction du doigt dans le rectum, et j'avais bien reconnu que sa paroi antérieure, loin d'être en place, n'était pas éloignée de la tumeur vaginale ; mais comme la partie postérieure du vagin est assez intimement unie à la face antérieure du rectum, je trouvais tout naturel que dans ce boursoufflement on renversement du vagin, la paroi antérieure du rectum *ait suivi* en formant une espèce d'infundibulum ; cependant, au lieu de trouver un bourrelet irrégulièrement plissé dans

lequel on eût pu introduire le doigt, qui à une hauteur plus ou moins grande aurait rencontré le col de la matrice, comme cela fût arrivé pour une chute circulaire du vagin, cette tumeur s'est présentée sous la forme d'une demi-sphère en avant, et d'un cul de sac en arrière vers le rectum ; en d'autres termes, elle offrait l'aspect de la moitié d'une coque d'œuf dont la convexité eût regardé le vagin et la concavité le rectum, ou bien encore d'un doigt de gant dont l'extérieur eût été formé par la paroi postérieure du vagin et l'intérieur tapissé par la paroi antérieure du rectum. Il n'est donc pas possible de confondre le rectocèle avec un autre prolapsus que celui de la paroi postérieure du vagin, et encore les signes différentiels sont-ils très-tranchés. Quoi qu'il en soit, lorsque je fus appelé chez la malade qui fait le sujet de cette observation, à un sentiment de faiblesse et de pesanteur s'étaient jointes des douleurs dans les reins et les intestins qu'elle comparait à celles qu'éprouvent les femmes en mal d'enfant ; elle avait une constipation très-opiniâtre accompagnée d'un ténesme très-douloureux, et qui datait des premiers jours d'octobre 1838, car avant l'apparition de sa tumeur vaginale elle allait librement à la selle. Elle aurait bien pris des lavements pour se soulager, mais elle ne pouvait les retenir, et plus d'une fois elle a été obligée de faire faire à ses doigts l'office de petites tenettes pour extraire des matières fécales blanchâtres, arrondies et si dures qu'en passant elles écorchaient l'anus et le faisaient saigner. Pour combattre ce qu'avait de pénible une telle constipation, j'ai fait prendre de temps à autre quelques cuillerées d'huile de ricin, dont l'administration a été suivie d'un peu de soulagement. D'autres symptômes étaient en même temps ob-

servés : ainsi la malade éprouvait fréquemment des étouffements, elle n'avait plus d'appétit, les digestions étaient difficiles, et chaque jour elle voyait revenir des frissons qui marquaient des fièvres d'accès. Elle éprouvait des coliques et des tiraillements d'estomac, et à son extrême maigreur il était facile de voir qu'il s'était opéré une sensible altération dans la nutrition, lorsque le quatre février courant j'eus à noter d'importantes modifications; en effet, à dater de ce jour, la malade urine seule et sans difficulté, elle a des selles liquides, naturelles et s'opérant sans douleurs; elle n'a plus d'efforts, parlant plus d'angoisses et d'agitation. Mais cette amélioration a coïncidé avec la réouverture spontanée de l'ouverture fistuleuse de la cuisse, laquelle a donné passage à une certaine quantité de pus sanguinolent; elle a coïncidé aussi avec le retour des palpitations du cœur qui fatiguent beaucoup la malade et lui occasionnent la nuit des réveils en sursaut; la fièvre continue à revenir tous les jours, et la tumeur vaginale n'a point éprouvé d'autres changements qu'un peu moins de volume et un peu moins de tension.

La femme Marnais, qui a perdu ses règles depuis quatre ans, a eu 46 ans le 17 juillet dernier; n'est-ce pas encore une preuve de plus que le rectocèle a lieu de préférence dans l'âge adulte des femmes! Chez celle-ci cette hernie du rectum se complique de la chute de l'utérus qui l'a précédé de près de dix ans.

Je ne pense pas que cette affection puisse disparaître spontanément, ni qu'on puisse lui opposer avec succès autre chose qu'une cure palliative. Par une pression convenablement exercée sur la tumeur vers le rectum, je l'ai bien effacée; mais il faut la contenir, et les pessaires

ordinaires m'ont paru insuffisants pour remplir cette indication. La description que M. Malgaigne donne de ceux qu'il a fait fabriquer en forme de sablier me donne à croire qu'ils sont préférables, et je regrette de ne pouvoir m'en procurer un pour la pauvre femme dont je viens de tracer l'histoire.

En résumé, et pour continuer la statistique des faits déjà observés, Marie *Aubert*, femme *Marnais*, avait, à l'apparition du rectocèle, 46 ans. Elle a eu cinq enfants avant son accident : quant aux causes prochaines elles ne sont pas nettement connues, puisqu'on ne peut accuser ni une grossesse, ni une chute, ni un coup, ni quelque effort, ni un accouchement récent, ni un avortement; enfin le rectocèle ici n'existe pas à l'état simple, il se complique d'une chute de l'utérus déjà ancienne.

Hémorragie de l'utérus arrêtée par la compression de l'aorte. — Par M. Barrilleau, d.-m. à Poitiers.

Le 24 janvier, à 6 heures du matin, je fus mandé chez la femme G... Elle venait d'accoucher. La sage-femme qui était près d'elle me dit qu'elle souffrait pour accoucher depuis deux jours et demi ; que sur les deux heures du matin il y avait eu hémorragie, mais que les douleurs ayant pris une nouvelle énergie, elle espérait à chaque instant voir terminer l'accouchement; que sur les cinq heures la perte de sang étant devenue plus considérable, on m'avait envoyé chercher, et que l'accouchement avait eu lieu pendant ce temps; qu'immédiatement après était survenue une perte considérable qui du-

rait encore et que la malade n'était pas délivrée. Elle était sur son lit sans connaissance ; elle était d'une pâleur extrême, les yeux à demi ouverts et immobiles, les extrémités froides et le pouls insensible ; on n'avait d'autres signes de son existence que quelques mouvements de la poitrine qui annonçaient qu'elle respirait encore. Je procédai immédiatement à sa délivrance : à la sortie du placenta je fus inondé par une quantité prodigieuse de sang. Que faire dans un moment si pressant? Je me rappelai que M. Bandeloque neveu avait conseillé la compression de l'aorte. Je portai ma main sur l'abdomen au-dessus de la matrice qui était volumineuse, n'étant pas revenue sur elle-même, et en pressant je rencontrai facilement la colonne vertébrale et sentis les battements de l'aorte qui étaient lents. Je la pressai entre mes doigts et le corps des vertèbres. J'exerçai cette pression pendant quarante-cinq minutes. Peu à peu je sentis les mouvements de l'artère prendre de la force. Après quinze minutes, la malade, qui jusque-là n'avait donné aucun signe de vie, fit une longue inspiration, ses paupières exécutèrent quelques mouvements ; on lui parla, elle ne put répondre, mais elle fit un signe qu'elle entendait ; quelques instants après elle parla et déclara ne s'être aperçue de rien de ce qui s'était passé. La sage-femme s'assura qu'il ne sortait plus de sang par la vulve. Successivement la malade revint à elle-même, et je cessai la compression. Je restai encore trois quarts d'heure auprès de la malade ; l'hémorragie ne reparut pas, et depuis cette époque la malade nourrit son enfant et va très-bien.

Hémorragie traumatique, mort apparente.— Observation présentée par M. Pommier, chirurgien-major au 6e dragons, membre correspondant.

Charles, brigadier au 4e escadron du 6e régiment de dragons, homme de haute stature, de tempérament sanguin, à visage très-coloré, âgé de 25 ans, se prit de querelle avec un de ses camarades dans un cabaret. Le sujet de la dispute était sans doute de minime importance ; mais les acteurs et les témoins étaient échauffés par de copieuses libations, et il fut décidé que l'affaire serait terminée militairement, c'est-à-dire que la raison resterait au plus adroit ou au plus fort dans un duel.

La chance des armes donna tort au brigadier Charles, car il reçut un horrible coup de sabre qui lui traversa la poitrine de part en part. La lame entrée, dans le sens perpendiculaire, entre la sixième et la septième côtes du côté droit, à deux pouces du sternum, sortait au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Les témoins s'empressèrent autour du blessé tombé sur la terre glacée, car ce combat avait lieu dans les fortifications d'Arras, le 18 décembre 1830. Un d'eux courut chercher un brancard et prévenir l'officier de santé de service. Une demi-heure s'écoula ainsi en démarches.

A mon arrivée on souleva la couverture qui enveloppait le corps inanimé. Déjà les membres étaient froids. La face était d'une paleur extrême. La pupille restait dilatée, immobile. L'œil était brillant. Aucune pulsation artérielle, nul mouvement du cœur n'annonçait la vie.

Les assistants me prévinrent que mes soins étaient inutiles, que le brigadier Charles avait perdu tout son sang par les deux blessures, qu'il en avait rejeté beaucoup par la bouche avant d'expirer, et que ma présence était nécessaire seulement pour affirmer à l'hôpital qu'il respirait encore. (Sans cette affirmation il ne pouvait être admis.)

D'après le récit des témoins et surtout d'après la direction de la plaie, dans laquelle les poumons droit et gauche et probablement les gros vaisseaux qui partent du cœur ou s'y rendent avaient été lésés, je me rangeai à l'avis commun. Il fut également partagé par le chirurgien-major après qu'il eut constaté l'état du blessé.

L'élève interne de l'hôpital, convaincu de la réalité de la mort de Charles, était sur le point de diriger ses restes vers la salle des morts. J'obtins cependant qu'ils seraient d'abord placés dans un lit, et que, par respect pour les vivants, on essaierait les ressources de l'art sur un cadavre, et aussi pour convaincre les malades que si la médecine ne produit pas des miracles, néanmoins le médecin ne craint pas de les tenter.

Le corps fut donc enlevé du brancard avec précaution. Les vêtements ensanglantés et la chemise couverte de caillots furent coupés, et on le coucha dans un lit chaud.

Je pansai les plaies, elles étaient perpendiculaires. L'antérieure avait un pouce de longueur, la postérieure ne présentait que six lignes à peu près. Je jugeai que la lame du sabre qui m'était présentée, était sortie de trois pouces au-delà de la paroi postérieure de la poitrine.

Des bouteilles contenant de l'eau tiède et des sachets

remplis de sable chaud furent disposés convenablement pour entretenir une chaleur uniforme et douce. En même temps des frictions avec des flanelles chauffées étaient pratiquées sur les membres et la poitrine.

Il était alors cinq heures et demie, Charles avait reçu cette blessure à quatre heures.

Je le visitai à sept heures et à neuf heures, rien ne faisait espérer le succès de nos soins.

De dix à onze heures, l'interne crut sentir un frémissement à la région du cœur; mais en observant plus longtemps, il pensa s'être trompé. A une heure il fut éveillé par l'infirmier qui, en changeant les sachets de sable, avait remarqué que le drap était largement teint de sang. En effet, il en suintait par la plaie postérieure. Alors les pulsations du cœur étaient devenues sensibles, et la respiration se manifestait par de légers soupirs. On pratiqua de nouveau sur la poitrine les frictions qui avaient été déjà essayées. On instilla dans la bouche quelques gouttes d'une potion excitante, et à deux heures Charles était rendu à la vie.

Le lendemain la réaction était assez forte pour que le médecin jugeât à propos de faire pratiquer une saignée de six onces.

Deux jours après, le 21, une seconde saignée était nécessaire. Le 23, douze sangsues furent appliquées autour de la plaie antérieure pour combattre des symptômes pleurétiques.

Depuis, les plaies se cicatrisèrent et la double pneumonie marcha lentement vers la guérison, sans accidents. L'épanchement formé dans le côté droit de la poitrine fut peu à peu résorbé. Mais lorsqu'au mois d'avril 1831, Charles est venu rejoindre le régiment

à Paris, la partie postérieure gauche de la poitrine rendait un son mat à la percussion, et le bruit de la respiration ne pouvait être entendu.

Le brigadier, congédié en 1838, fut conservé comme domestique par le colonel. Il avait repris des forces et un peu d'embonpoint, mais son caractère était devenu morose. En voyant sa figure pâle et la tristesse empreinte sur sa physionomie, ses camarades lui disaient en riant que de sa lutte avec la mort il avait rapporté une figure de l'autre monde.

Congélation artificielle de l'eau. — Nouvel appareil présenté à la Société de médecine de Poitiers, à sa séance du 9 mai 1838. — Par P.-P. Malapert, pharmacien.

Messieurs,

Depuis que j'ai présenté à la Société un mémoire sur la congélation artificielle de l'eau, j'ai pensé qu'il serait très-avantageux pour les malades éloignés des villes où il y a des glacières, d'avoir un appareil qui fermât assez exactement pour pouvoir être emballé dans un porte-manteau, et à l'aide duquel on pût obtenir quelques livres de glace bien compacte, malgré l'agitation continuelle occasionnée par le train d'un cheval ou les cahots d'une voiture. J'ai, en conséquence, fait construire, en fer-blanc, celui que j'ai l'honneur de vous présenter et dont voici la description. (Voir la planche ci-après.)

A. boîte ovale de 17 pouces 4 lignes de haut, 6 pouces 4 lignes de long et 4 pouces 3 lignes de large; B, autre

boîte de 18 pouces de haut, 3 pouces 10 lignes de long et 16 lignes de large à l'ouverture, 3 pouces 6 lignes de long et 14 lignes de large au fond. CC'C'', couvercle de la grande boîte, garni intérieurement d'un ovale DD qui reçoit le fond de la boîte B et l'empêche de vaciller; E, gorge de la boîte B qui passe à travers la fonçure de la boîte A, y est soudée et reçoit le couvercle F; G, tour soudé à la fonçure de la grande boîte : l'espace qui le sépare de la gorge de la petite est rempli, à moitié, de caoutchouc sur lequel vient presser le couvercle F, et ferme, par ce moyen, aussi exactement que possible la boîte B. HH', même espace contenant du caoutchouc sur lequel presse le couvercle de la grande boîte. III', anneaux dans lesquels passe une courroie K qui fait le tour de l'appareil et serre les deux couvercles sur le caoutchouc; il existe deux anneaux parallèles de l'autre côté de la boîte. LL' autre courroie, fixée en L' et traversée en M par un petit anneau dans lequel passe un cadenas (1). NN, anneaux dans lesquels on peut passer une troisième courroie si l'on veut porter l'appareil comme une boîte à herborisation. La boîte A est recouverte dans toutes ses parties, et la boîte B seulement à l'extérieur, de deux couches d'un vernis composé de 3 parties de sandaraque, 8 parties de très-belle térébenthine et 8 parties d'alcool à 36 degrés.

On met dans la boîte B 2 livres 10 onces d'eau, on la ferme, et l'on introduit dans la plus grande 10 livres 2 onces de sulfate de soude pulvérisé et 6 livres 10 onces

(1) Ce cadenas, dont la clef doit rester entre les mains de celui qui a garni l'appareil, donne l'assurance que des personnes étrangères ne toucheront pas au mélange, avec lequel elles pourraient faire du mal par imprudence ou autrement.

d'acide sulfurique à 45 degrés de l'aréomètre (si la température était trop élevée et qu'il fallût aller loin, on mettrait 10 livres 9 onces de sulfate et 7 livres 1 once d'acide) ; on fixe de suite la courroie LL', on passe le cadenas et l'on entoure l'appareil avec la courroie K que l'on serre pour maintenir les deux couvercles.

L'appareil étant ainsi consolidé, on se hâte de l'emballer avec du foin ou de la toile d'emballage, etc., dans un portemanteau ordinaire que l'on attache ensuite sur un cheval ou derrière une voiture : la congélation s'opère en route quelle que soit la température.

L'imperméabilité du portemanteau, le peu de conductibilité du foin ou de la toile, etc., dont l'appareil est entouré, retardent assez le passage du calorique et de la vapeur aqueuse de l'atmosphère, pour que la glace se conserve au moins 15 à 18 heures à la température de + 18 degrés.

M. le docteur Abribat, M. le docteur de Morineau et moi, nous avons, pour essayer cet appareil, opéré comme s'il s'était agi de procurer de la glace à un malade éloigné de quelques lieues. Il nous a fallu moins d'un quart d'heure pour disposer l'appareil et l'attacher derrière un cabriolet ; nous nous sommes mis en route à une heure vingt-cinq minutes, sur les boulevards où la température était à + 26 degrés ; de retour à 2 heures 23 minutes, nous n'avons ouvert l'appareil qu'à 2 heures 55', nous y avons trouvé un glaçon très-dur et aussi transparent que s'il s'était formé par le repos le plus absolu ; mais cassé en quatre morceaux, ce qui prouve que l'eau était toute congelée même avant notre retour.

Je saisis cette occasion pour répondre à quelques ob-

jections qui m'ont été adressées depuis la publication de mon mémoire.

Dans mon mémoire, je ne crus pas devoir rappeler, après M. Courdemanche, que le sulfate de soude effleuri produit en se dissolvant une élévation de température, parce qu'il se combine à la quantité d'eau nécessaire à sa cristallisation, et qu'on doit bien éviter d'employer ce sel dans cet état. Le plus récemment cristallisé produit un abaissement plus considérable ; il faut le pulvériser aussitôt qu'il cesse de mouiller les mains quand on le frotte. Dans cet état, il passe difficilement à un tamis fin ; on se sert de celui à poudre de graines de lin.

Le sulfate de soude du commerce contient quelquefois un dixième de son poids de sel marin, qui reste indissous au fond de l'appareil ; il se trouve donc un dixième de sulfate en moins que la quantité nécessaire ; d'où résulte un abaissement moins considérable de température.

Note de M. Malapert, pharmacien à Poitiers, *sur l'électricité qui se développe par le frottement sur le caoutchouc.*

Il y a environ trois mois, je frottais avec la main un ballon de caoutchouc, dans lequel se trouvait accidentellement un petit corps étranger (probablement du liége) : je m'aperçus que ce corps changeait brusquement de place à l'approche du doigt. Je dus attribuer ce phénomène à l'électricité ; en effet, je pratiquai de nouvelles frictions avec du drap, et bientôt le ballon attira des

barbes de plumes à une distance plus éloignée que ne feraient peut-être les résines, la cire d'Espagne, etc.

J'étais loin de penser que cette propriété du caoutchouc fût restée inaperçue jusqu'alors; je m'empressai de consulter les livres de chimie et de physique que j'avais à ma disposition, et, tous restant muets à cet égard, je demandai des renseignements à M. le professeur Péclet, inspecteur général des académies de France. Ce savant me conseilla de faire insérer une note dans un journal, et m'engagea à faire avec un ballon de cette substance une machine électrique. Je me propose de mettre ce bon avis à exécution, et de faire quelques autres expériences que je communiquerai à la Société.

Rapport sur une exhumation juridique, faite trois mois et dix jours après le décès. — Par M. Orillard, d.-m. à Poitiers.

Nous soussigné, docteur en médecine de la faculté de Paris, demeurant à Poitiers, sur la réquisition de M. le procureur du roi, nous sommes transporté, aujourd'hui 17 mai 1838, à Nillé, commune de St-Sauvant, pour procéder à l'exhumation du corps de Madeleine Senellier, veuve de François Brunet, décédée le 7 février 1838, et constater si cette femme avait succombé par mort violente, suite de strangulation, d'empoisonnement ou de coups portés par une main criminelle. Accompagné de M. l'adjoint de la commune de St-Sauvant, nous avons été conduits dans une

vigne, dans laquelle existaient deux fosses que l'on nous a dit contenir les corps des époux Brunet. L'une de ces fosses, plus récente, a été désignée et reconnue comme étant celle de la veuve Brunet, par ceux qui l'avaient creusée et par plusieurs personnes témoins de l'inhumation. Il était environ une heure après midi, la température était de 10°, et l'air était chargé d'un épais brouillard.

Après avoir fait enlever la terre et mis la bière à découvert, nous l'avons fait extraire à l'aide de cordages et avec le moins de secousses qu'il a été possible. Les émanations qui s'échappaient de la fosse étaient peu fétides et n'apportèrent aucune interruption aux travaux d'exhumation; il ne fut même pas nécessaire de faire aucune aspersion chlorurée. Le cercueil était placé à cinq pieds de profondeur, au sein d'un terrain sablonneux dans les couches supérieures, et argileux plus profondément. La terre n'était pénétrée par les eaux pluviales qu'à trois pieds environ au dessous de la surface du sol; plus bas, les parties latérales de la fosse étaient complétement privées d'humidité; au dessous de la bière, existait une petite quantité de liquide rougeâtre qui provenait du cadavre.

Le cercueil ayant été transporté dans une grange bien éclairée, et placé sur un appui convenablement élevé, nous avons enlevé ses parois latérales et supérieures, ne conservant que le fond. Le cadavre était enveloppé d'un drap presque neuf, qui néanmoins offrait peu de résistance à la traction dans les points de son étendue qui étaient en rapport avec ses parties latérales et inférieures. Jusque-là l'odeur était peu prononcée; mais aussitôt que

le drap eut été décousu, il devint nécessaire d'arroser le corps et les linges qui l'enveloppaient d'une forte solution de chlorure de chaux. Des bas bleus en laine, une chemise, un foulard en soie rayé, blanc et brun, croisé sur la poitrine, une calotte en toile, soutenue par une bride, formaient le vêtement du cadavre; l'ayant déshabillé, nous avons trouvé le corps d'un sujet du sexe féminin, que l'on nous a dit être âgé de 52 ans; la taille était de 4 pieds 10 pouces, et les formes étaient fortement prononcées.

Aspect extérieur du cadavre.

La surface est généralement livide, verdâtre à l'abdomen, recouverte de gras de cadavre et de granulations blanchâtres dans plusieurs points de son étendue; nulle part la peau n'est divisée, et l'épiderme n'est point soulevé; les cheveux sont encore appliqués sur la tête, ils cèdent à la moindre traction, et le dos du scalpel enlève facilement l'épiderme du cuir chevelu; les téguments du front sont tuméfiés, d'un blanc mat; les yeux sont vides, et les paupières fortement affaissées; le nez est déprimé vers son orifice antérieur, ses cartilages sont ramollis; les deux pavillons de l'oreille sont livides, aplatis, et une sanie sanguinolente remplit l'un et l'autre conduit auditif; la lèvre supérieure est noire, amincie, appliquée contre l'arcade alvéolaire; la lèvre inférieure est presque entièrement détruite; la surface externe de l'os maxillaire inférieur est à nu, inégale, corrodée; les dents de cette même mâchoire sont vacillantes dans leurs alvéoles, et tombent par le moindre attouchement: c'était dans cette région qu'existait depuis longtemps

une affection cancéreuse qui, pendant la vie, avait déjà détruit une grande partie de la lèvre, et qui actuellement formait le signe incontestable de l'identité du cadavre.

Le cou est volumineux, présente une teinte violacée, et un emphysème considérable; un sillon profond marque la place de la bride destinée à retenir la calotte; vers quelques points des parties latérales et inférieures de cette région, existent des taches noirâtres; l'épiderme qui les recouvre est facilement enlevé par le scalpel, et une sanie sanguinolente infiltre la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Du reste, le cou, dans toute sa partie antérieure, présente un degré de décomposition bien plus caractérisé que tout le reste de la surface du corps, n'y comprenant pas la lèvre inférieure et la peau du menton, dont nous avons indiqué la complète destruction.

Ouverture du cadavre.

Cette opération, faite suivant les règles de l'art, nous a permis de reconnaître les phénomènes suivants :

Le cuir chevelu était tuméfié, infiltré d'une grande quantité de sérosité sanguinolente, accumulée vers les parties les plus déclives; mais il conservait encore une assez grande consistance.

Le périoste de la voûte du crâne n'offrait aucune solution de continuité, il s'enlevait avec une extrême facilité, et, au-dessous de lui, les surfaces osseuses ne présentaient aucune altération.

La section circulaire du crâne ayant été faite, l'on reconnut que la cavité crânienne n'était pas exactement remplie; la dure-mère, offrant sa structure normale,

était plissée, et la masse nerveuse avait évidemment diminué de volume. Le cerveau offrait à sa surface un aspect rougeâtre; la substance grise était ramollie, diffluente, couleur lie de vin; la substance blanche avait conservé plus de consistance et subi moins de changements dans sa coloration. Malgré l'état de ramollissement de toute la masse du cerveau, on pouvait encore reconnaître les divisions anatomiques de cet organe : le cervelet, également ramolli, laissait nettement saisir la distinction de ses deux substances. Toute la masse encéphalique était gorgée de sang, aussi bien que les sinus; mais on ne découvrait aucune trace d'un épanchement sanguin.

Les cavités nasale, buccale et pharyngienne, ne présentent aucune solution de continuité; la membrane muqueuse qui les tapisse est ramollie, recouverte de mucosités noirâtres.

L'incision des téguments du cou et du tissu cellulaire sous-cutané donne issue à une assez grande quantité de sérosité sanguinolente; les muscles sous-jacents, surtout dans la région sus-hyoïdienne, sont ramollis et de couleur brun-foncé : la putréfaction est tellement avancée dans ces parties, que l'on ne peut distinguer les lésions cadavériques des désordres qui auraient pu précéder la mort.

A la surface de la poitrine, l'épiderme se détache facilement au voisinage du mamelon; cet organe est ramolli et s'affaisse par la plus légère pression; le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de graisse, jaunâtre et de consistance normale : les muscles sont rouges, ont peu perdu de leur force de cohésion; les côtes ne sont le siége d'aucune altération.

La cavité thoracique ne présente aucune trace d'épanchement : la plèvre gauche est libre, celle du côté est adhérente dans toute son étendue; le poumon gauche, de couleur grisâtre, est crépitant et fortement resserré ; le poumon droit, de couleur rouge-foncé, adhérent par toute sa surface, ne subit aucun affaissement et n'offre aucune crépitation ; sa consistance n'est point celle de l'hépatisation, mais bien de l'engouement.

Les parois du cœur sont flasques, affaissées ; ses cavités, aussi bien que celles des gros vaisseaux qui l'avoisinent, sont complétement vides de sang : aucun caillot ne s'y rencontre ; la membrane séreuse est d'un rose pâle. Une très-petite quantité de sang existe dans le reste du système artériel et veineux.

Le tissu cellulaire des parois de l'abdomen est fortement infiltré, les muscles sont rouges et ne se déchirent que par une assez forte traction. Le péritoine est pâle dans toute son étendue et conserve une grande consistance : l'estomac et les intestins grêles sont distendus par une quantité considérable de gaz ; les gros intestins contiennent des matières fécales et offrent à leur extérieur une couleur noirâtre ; le reste du tube digestif a conservé un aspect blanc sale, et çà et là apparaissent quelques petites taches noires. Toutes ses parois ont conservé leur consistance, et à leur intérieur on retrouve la membrane muqueuse avec tous les caractères anatomiques qu'elle présente après quelques jours seulement de décès ; dans toute la capacité du tube digestif on ne rencontre aucun corps vénéneux, aucune trace du passage d'un de ces corps qui laissent des lésions appréciables après la mort ; la muqueuse n'est que médiocrement ramollie, surtout vers le grand cul-de-sac de

l'estomac, elle est généralement pâle; dans les gros intestins, elle est teinte par les matières stercorales; ces dernières sont presque sèches, et peu odorantes.

Le foie, d'une couleur fortement ardoisée, est volumineux et conserve une grande consistance; la vésicule et les principaux conduits biliaires contiennent une assez grande quantité de bile jaune, visqueuse; toutes les parties voisines sont fortement teintes par cette bile.

Le pancréas est très-développé, grisâtre et très-dense.

La rate est aussi remarquable par ses dimensions, noire, se déchire avec une assez grande facilité.

Les reins ont à peu près leur aspect et leur consistance normals; les uretères et la vessie sont complétement vides; leur membrane muqueuse est pâle et n'offre aucune altération.

Les parties génitales internes ont conservé leurs formes, leur consistance; les grandes lèvres sont fortement infiltrées; les petites lèvres et la muqueuse vaginale sont noires, ramollies.

Le tissu cellulaire des membres est infiltré et présente une couleur jaunâtre. Les muscles, également infiltrés, sont pâles, mais ont conservé une assez grande consistance.

En présence des faits énoncés, nous avons cru devoir conclure :

1° Que l'état du cadavre, tel qu'il a été soumis à notre examen, ne pouvait nous permettre de déterminer rigoureusement quelle a été la cause de la mort;

2° Qu'aucune substance vénéneuse dont le passage puisse laisser des traces n'a été introduite dans le tube digestif;

3° Que des coups violents et suivis de fracture n'ont

point été portés sur la tête, non plus que sur une autre partie du corps;

4° Que l'état plus prononcé de congestion du cou et des téguments du crâne, aussi bien que des organes contenus dans sa cavité, annonce que dans les derniers moments de la vie une gêne considérable a existé dans la circulation de ces régions;

5° Que la putréfaction et l'empâtement considérable du cou ne pouvaient permettre de constater si une violence extérieure a été exercée sur cette même région.

En foi de quoi nous avons donné le présent rapport.

Réflexions. — Nous avons dû regretter que des difficultés de lieu et de temps ne nous aient pas permis de poursuivre d'une manière plus complète l'examen anatomique du cadavre. Si les faits que nous avons constatés suffisaient à l'instruction judiciaire, il eût été intéressant de pouvoir marquer le degré précis des changements survenus dans les tissus de ce cadavre depuis longtemps renfermé dans le sein de la terre; son état de bonne conservation, la facilité avec laquelle auraient pu être retrouvées les traces de certains crimes, nous ont fait penser qu'il était bon d'ajouter aux faits déjà connus cette nouvelle exhumation. La nature du sol, la profondeur de la fosse expliquent suffisamment pourquoi la putréfaction était peu considérable. On comprend facilement qu'il nous était impossible d'indiquer la cause précise de la mort. Souvent, lorsque la vie n'est éteinte que depuis quelques heures, nous cherchons en vain la raison anatomique du décès, et là plusieurs mois d'état cadavérique avaient modifié les organes et ne permettaient autre chose que des conclusions négatives. Quelques points des téguments du cou d'une teinte plus livide

que les parties voisines, plus ramollis, la congestion des organes intrà et extrà-crâniens pouvaient jeter quelques soupçons dans l'esprit de l'observateur, mais ne devaient pas lui permettre une affirmation ; car, si une constriction violente exercée sur cette région pouvait expliquer les progrès de la putréfraction plus développée que partout ailleurs, ne devait-on pas aussi tenir compte de cette grave et vaste affection cancéreuse qui, depuis longues années, avait pu déterminer vers ces mêmes parties une congestion et un engorgement bien favorables à une plus prompte décomposition. Nous devions donc laisser à la justice une recherche pour laquelle l'interprétation des faits anatomiques ne pouvait nous fournir cette rigoureuse certitude sur laquelle seule doit s'appuyer la conviction du médecin légiste. De nombreux témoins vinrent attester qu'ils avaient vu le cadavre peu de temps après la mort, et qu'alors le cou présentait plusieurs ecchymoses, traces d'une violente pression ; la conduite de l'accusé, certains objets dont il était détenteur, ses antécédents, ses intérêts, ses confidences, ses promesses pour acheter le secret du crime, établissaient sur une base solide l'argumentation du ministère public, qui dès lors demandait au médecin si, dans le cas où la strangulation aurait eu lieu, l'état cadavérique eût été autre que celui que nous avions décrit. Le médecin, fidèle au doute qu'il avait conçu au moment de son investigation, ne pouvait pas chercher dans les débats de nouveaux éléments de conviction, et dut se borner à répondre que les altérations qu'il avait signalées au cou et à la tête pouvaient s'expliquer par la strangulation, qu'elles n'en étaient pas le résultat nécessaire, qu'elles pouvaient être déterminées par toute autre cause. Investi

du droit de juré, le médecin eût condamné; remplissant les fonctions d'expert, et ne devant trouver ses motifs que dans l'objet de son expertise, il ne devait pas donner et ne donna pas une solution affirmative. Toutefois les jurés demeurèrent convaincus de la culpabilité de l'accusé, et ce dernier reconnut son crime par l'indifférence avec laquelle il entendit sa condamnation, et se résigna à subir sa peine.

De la coloration de l'arsenic livré au commerce, par M. Grimaud, pharmacien à Poitiers.

Messieurs,

J'eus l'honneur, il y a dix-huit mois, de soumettre à vos lumières une proposition tendant à exiger, à l'avenir, la coloration de l'*arsenic* livré au commerce. La commission chargée d'examiner ce projet comprit de suite les avantages qui résulteraient de son exécution pour toutes les classes de la société, si l'adoption d'une semblable mesure pouvait astreindre les pharmaciens, droguistes, épiciers, etc., de notre département, à colorer l'*arsenic* blanc journellement débité dans le commerce, tant pour la médecine, l'art vétérinaire, le chaulage, que pour la destruction des rats, souris, etc., etc.

Plusieurs chimistes distingués, notamment *Cadet* et *Brard*, y avaient songé bien avant nous, afin de prévenir les empoisonnements par méprise. Il y a trois ans environ, M. *Chevalier*, un des savants qui ont le plus contribué à agrandir le domaine de la science, présenta à l'académie un mémoire dans lequel il proposait à ses illustres membres les moyens de rendre plus difficile encore la vente de l'*acide arsénieux*, qui est la substance presque toujours choisie pour commettre le crime

d'empoisonnement, à cause de sa couleur blanche qui peut le faire confondre avec plusieurs substances employées journellement, telles que *sucre, farine*, *amidon*, *fécules*, etc. Ce travail est encore sans réponse.

La commission a donc pensé qu'il serait honorable pour la Société de médecine de Poitiers d'être la première en France à prendre une mesure aussi importante, et dont les résultats pouvaient être si utiles à l'intérêt général. En adoptant cette proposition, la Société de médecine, aidée des pouvoirs de M. le préfet, pourrait faire jouir notre département d'un semblable bienfait avant la fin de l'année courante; de son côté le jury médical ne négligeant rien pour assurer l'exécution de cette mesure, il en résulterait nécessairement qu'à partir de l'année 1840, les empoisonnements à l'aide de l'*acide arsénieux* deviendraient presqu'impossibles.

J'ai proposé à la commission, afin d'arriver sûrement à ce résultat, le procédé suivant pour colorer d'une seule manière tout l'*arsenic blanc* vendu sous différentes dénominations dans le commerce et la pharmacie; ce moyen, accepté par la commission, lui a paru d'autant plus avantageux que l'*arsenic*, additionné de *sulfate de fer* et de *cyanure* de *potassium* à la dose faible de 1/00, suffit pour donner des couleurs tellement prononcées aux différents corps solides et liquides avec lesquels il est mêlé, qu'il peut être remarqué non-seulement sur-le-champ par l'œil le moins exercé, mais encore par la justice, bien des jours après qu'une main coupable l'aurait employé. (*Voir le tableau ci-après.*)

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

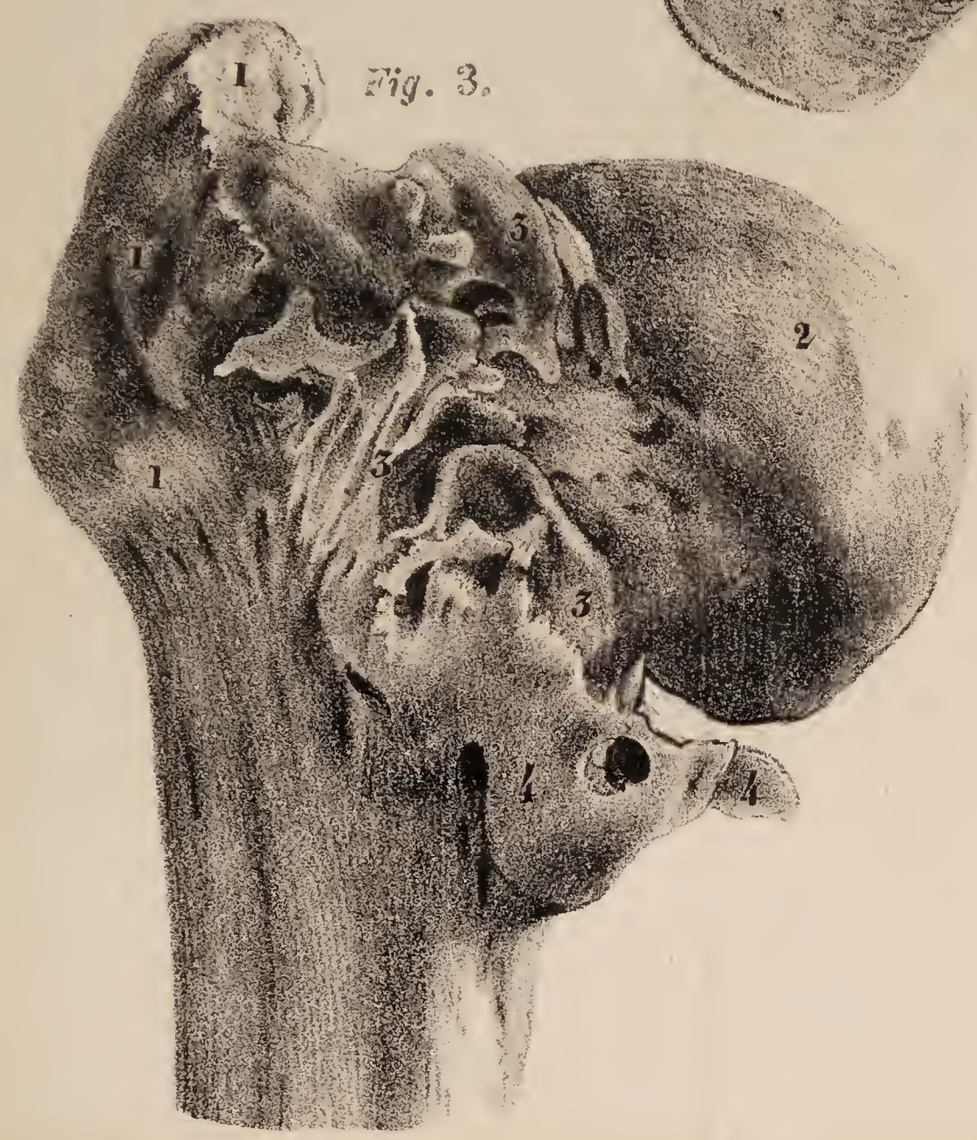
Pag.

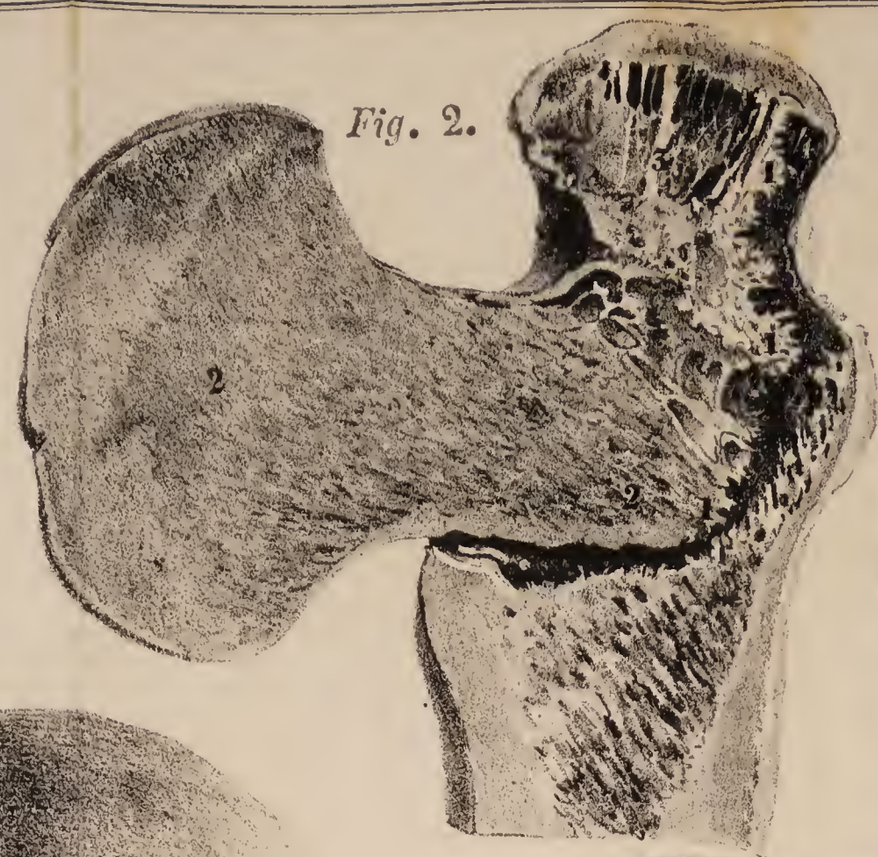
Du pessaire à ballon, par M. *de la Marsonnière.* 1
Observation de chorée, par le même. 12
Observation de pustule maligne, par M. *Ribault.* 18
Observation d'un cas de tænia, par M. *Barrilleau.* 21
Ramollissement du cerveau et du cervelet chez une femme enceinte, par M. *Pingault* fils. 24
Fièvre typhoïde accompagnée d'une perte totale des facultés intellectuelles et de la parole pendant deux mois et demi, par le même. 31
Tétanos survenu sous l'influence d'une lésion des voies alimentaires, par M. *Fanneau.* 35
Pleuro-pneumonite aiguë, traitée par la méthode antiphlogistique, suivie de l'administration de l'émétique à haute dose, par M. *Quotard.* 39
Gastro-céphalite grave suivie de mutisme, par le même. 44
Observation de glossite, par le même. 49
Angine couenneuse suivie de mort, et présentation d'un tube membraneux d'environ sept pouces de long, sorti 17 h. avant le décès, par le même. 51
Maladie de poitrine très-intense, produite par la suppression presque subite d'un écoulement gonorrhique, guérie par la réapparition de cet écoulement, par M. *Abribat.* 59
Observations sur les maladies de l'articulation coxo-fémorale, par M. *Gaillard.* 62
Taille hypogastrique, précédée de quelques considérations anatomiques, par le même. 85
Renversement complet de la matrice, terminé heureusement par la gangrène, par M. *Dumareau.* 89
Imperforation de l'anus, par M. *Bonnet.* 93

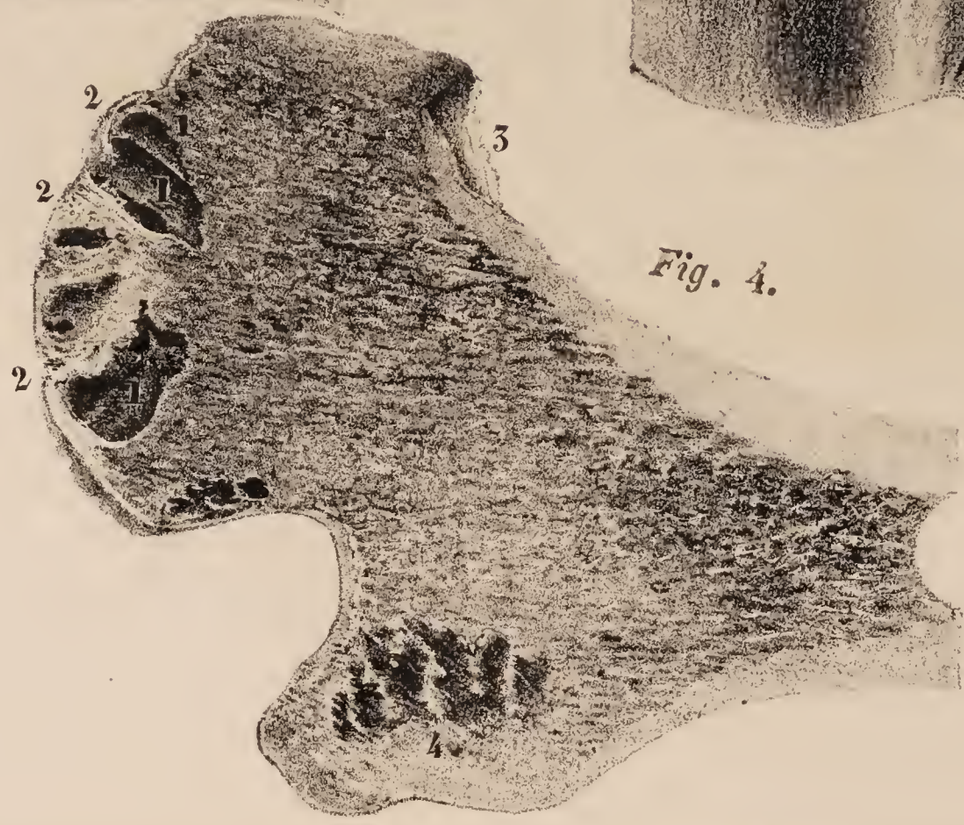
Quelques réflexions pratiques sur le traitement des hernies étranglées, par le même. 100
Ulcère cancéreux de la lèvre inférieure, guéri par l'amputation, par M. *Fanneau*. 131
Extrophie de la vessie, par M. *Barot*. 135
Double hernie, l'une crurale gauche, l'autre inguinale droite; perforation de l'intestin et du sac; issue d'un grand nombre de vers, par MM. *Lépinay* et *Bellaud*. 138
Observation d'une plaie pénétrante de la poitrine, par M. *Arlin*. 142
Tumeur squirreuse du sein; opération; cicatrisation complète et diathèse cancéreuse, par le même. 145
Du cancer des joues, par M. *Thiaudière*. 151
Considérations pratiques sur le rectocèle vaginal, par le même. 163
Hémorragie de l'utérus arrêtée par la compression de l'aorte, par M. *Barrilleau*. 171
Hémorragie traumatique, mort apparente, par M. *Pommier*. 173
Congélation artificielle de l'eau, nouvel appareil, par M. *Malapert*. 176
Note sur l'électricité qui se développe par le frottement sur le caoutchouc, par le même. 179
Rapport sur une exhumation juridique, faite trois mois et dix jours après le décès, par M. *Orillard*. 180
De la coloration de l'arsenic livré au commerce, par M. *Grimaud*. 189

FIN DE LA TABLE.

POITIERS. — IMP. DE F.-A. SAURIN.







Pessaire à Ballon.

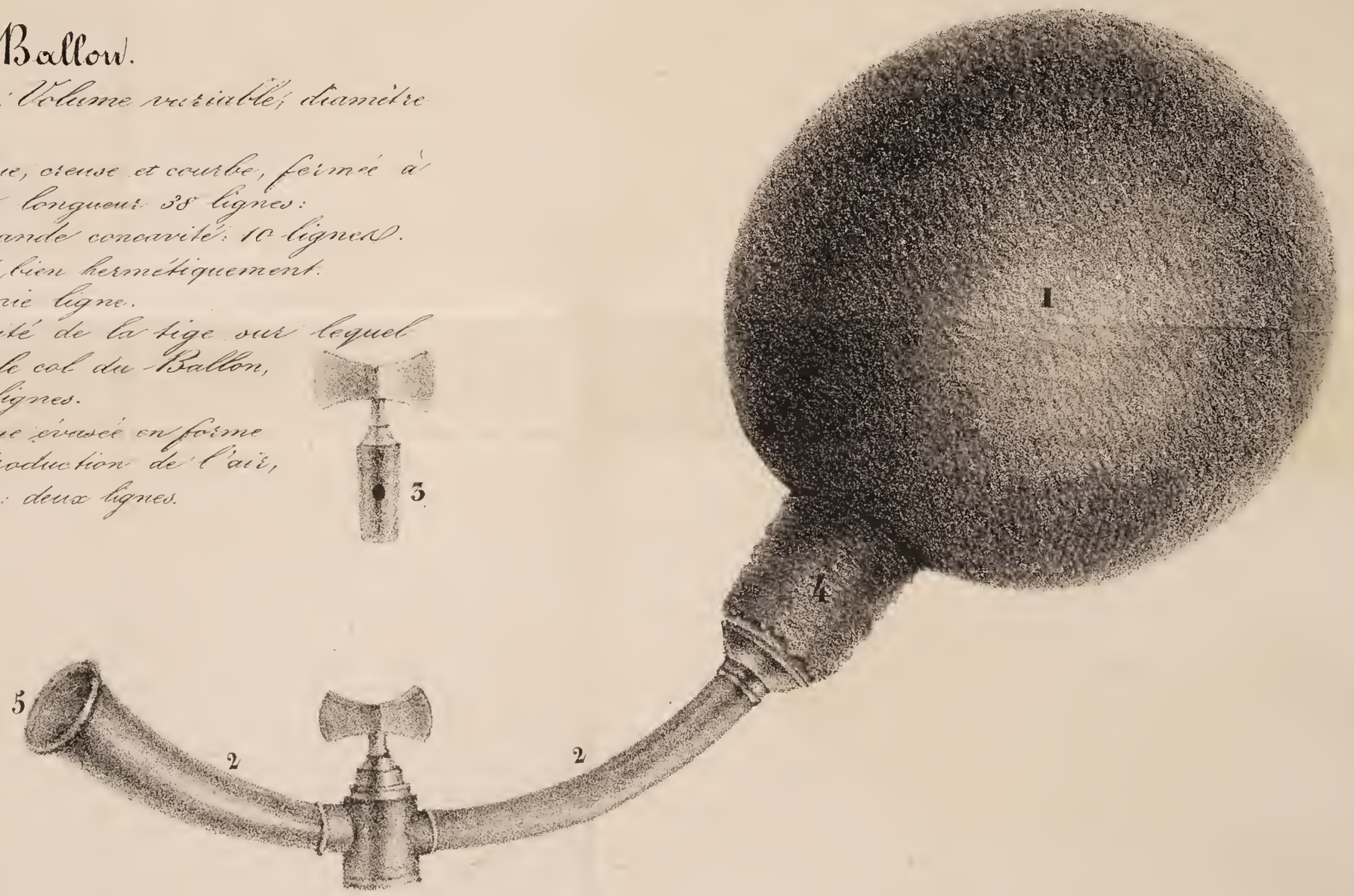
1 Ballon de Caout-chou: Volume variable, diamètre de 27 ou 32 lignes.

2 Tige en argent, cilindrique, creuse et courbe, fermée à clef comme un robinet, longueur 38 lignes: courbure, dans sa plus grande concavité: 10 lignes.

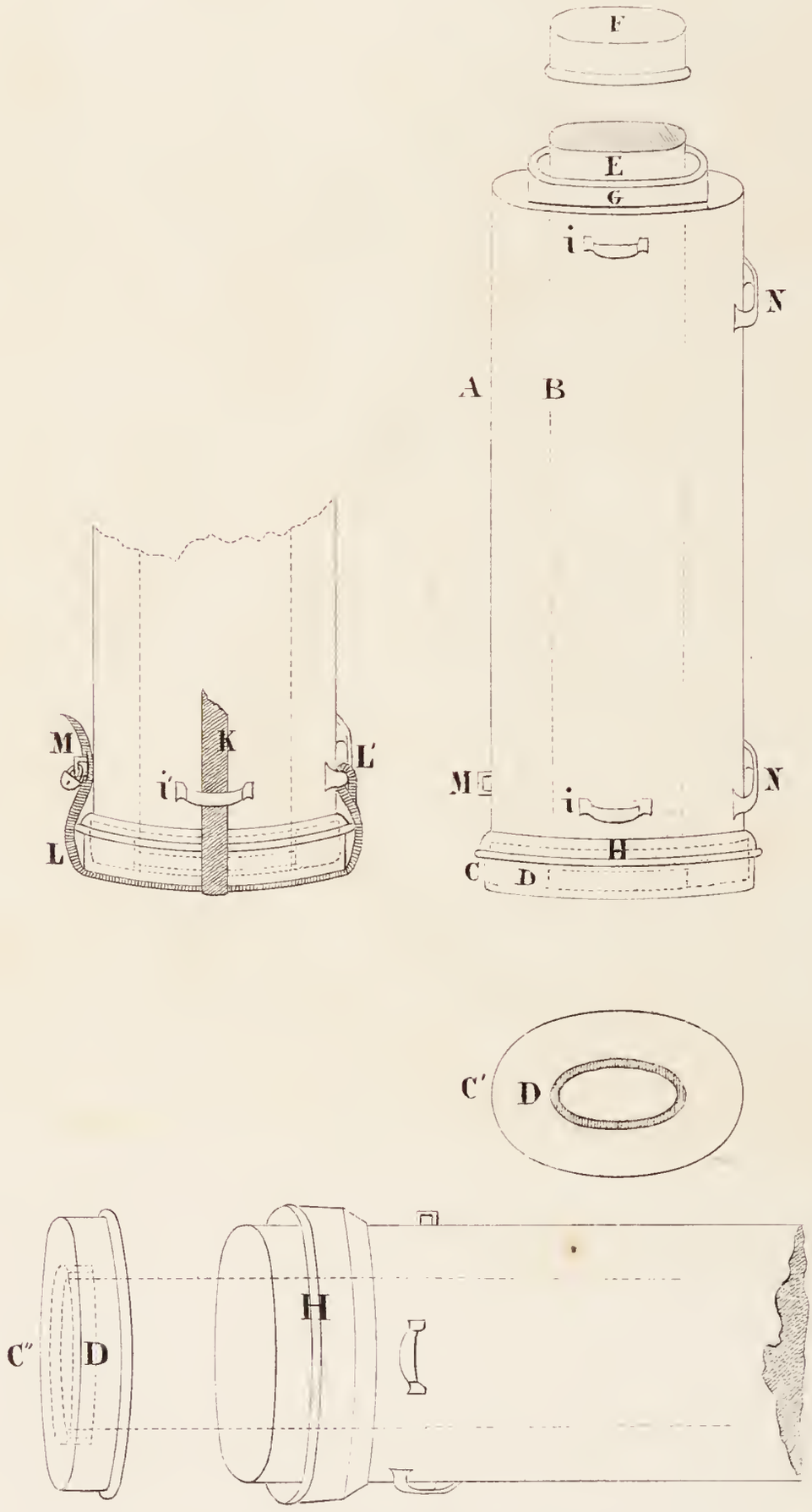
3 Clef du robinet fermant bien hermétiquement. Jour de la clef: une demie ligne.

4 Renflement de l'extrémité de la tige sur lequel est adapté et bien ficelé le col du Ballon, diamètre et longueur 7 lignes.

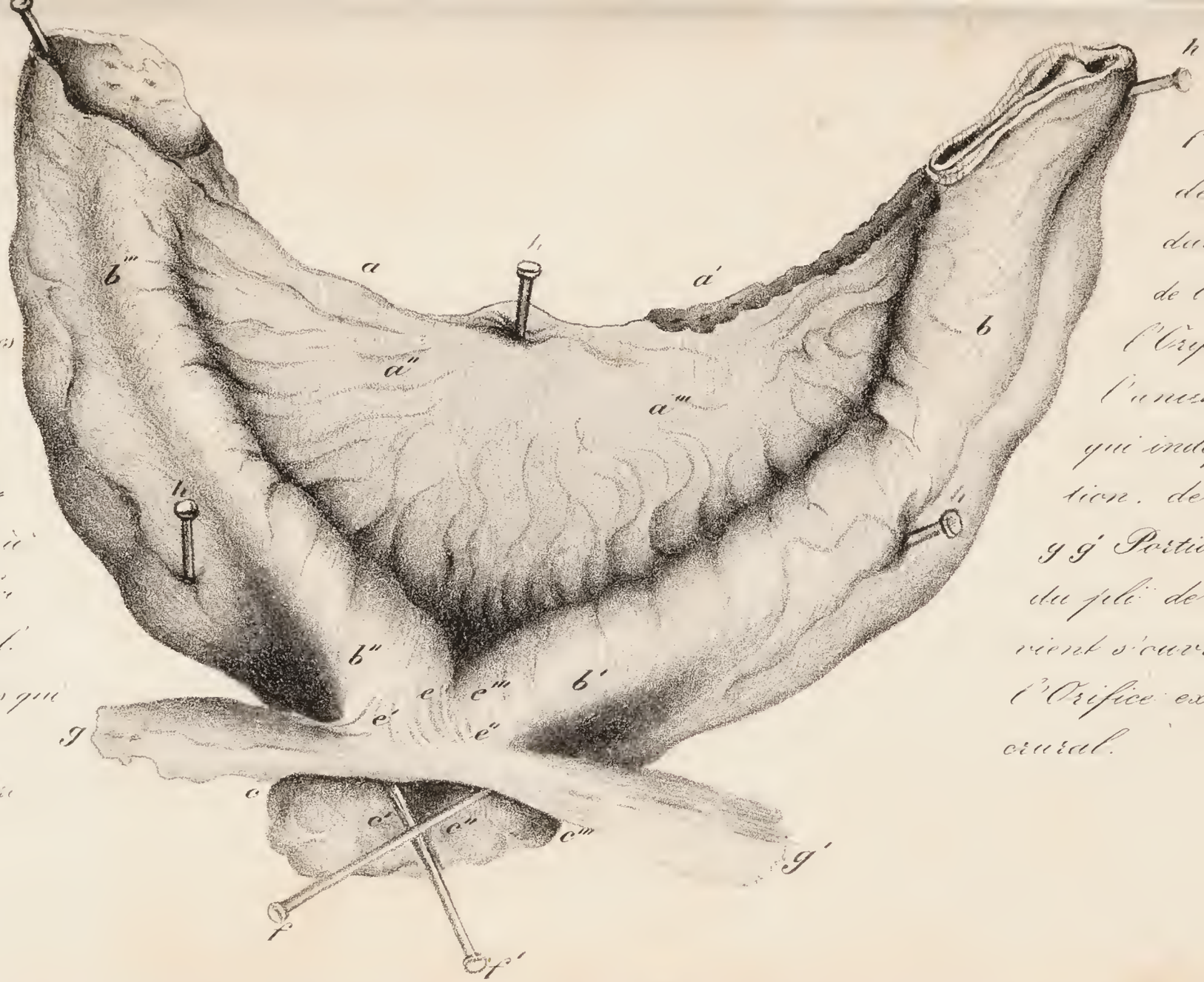
5 Extrémité libre de la tige évasée en forme d'entonnoir pour l'introduction de l'air, diamètre de l'ouverture: deux lignes.



Lith. de Pichot à Poitier.



Echelle de 2 pieds métriques.



Lith. de Pichot à Poitiers.

BASE.	MÉLANGES.	CORPS EXPÉRIMENTÉS.	COULEURS OBTENUES.	OBSERVATIONS.
ACIDE ARSÉNIEUX, vulg. ARSENIC.	**ARSENIC BLANC** DESTINÉ A L'EMPOISONNEMENT DES RATS ET DES SOURIS. — Acide arsénieux, 98 part. Sulfate de fer du commerce, 1/00. Cyanure de potassium, 1/00.	Soupe grasse chaude.	Vert bronze.	
		Bouillon gras chaud.	*Idem.*	
		Bouillon à l'oseille.	Vert d'eau.	
		Graisse froide.	Gris de fer.	
		Lait froid.	Azur.	
		Lait chaud.	Opale.	
		Crême.	Vert pistache.	
		Caillé.	Opale.	
		Café au lait.	Gris cendré.	
		Café à l'eau.	Gris de fer.	
		Thé chaud.	*Idem.*	
		Limonade.	Bleu barbeau.	
		Vin rouge.	Violet.	
		Vin blanc.	Bleu barbeau.	
		OEufs préparés pour omelette.	Vert dragon.	
		Eau.	Gros bleu.	
	ARSENIC DESTINÉ AU CHAULAGE. — Acide arsénieux, 98 part. Sulfate de fer du commerce, 1/00 Cyanure de potassium, 1/00	*Idem.*	*Idem.*	Remarquable par son odeur de térébenthine (essence). (On y joint quantité suffisante d'essence de térébenthine.)
	ARSENIC EMPLOYÉ EN MÉDECINE ET DANS L'ART VÉTÉRINAIRE. — Acide arsénieux, 98 part. Sulfate de fer du commerce, 1/00 Cyanure de potassium, 1/00	*Idem.*	*Idem.*	Remarquable par son odeur de lavande. (On y joint quantité suffisante d'essence de lavande.)

ARSENIC employé pour la destruction des mouches.

Alliage d'arsenic et de cobalt,	98 parties.	Eau bleue.
Sulfate de fer du commerce,	1/00	
Cyanure de potassium,	1/00	